

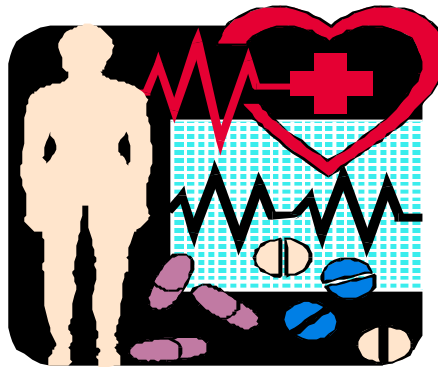


FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS



EPOS
Health Consultants

MINISTÉRIO DA SAÚDE



PROJETO REFORSUS - CNPq

***“DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –
PSF”***

RELATÓRIO FINAL
(Versão Revisada – junho/2001)

Volume I/III

MARÇO/2001

Consórcio FGV-EPOS



**MINISTÉRIO DA SAÚDE – REFORSUS – CNPq
DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF**

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

Capítulo	Assunto	Página
	Sumário Executivo	03
1	Introdução. Objetivos do trabalho de consultoria, contrato e Termos de Referência	06
2	Histórico do Programa de Saúde da Família. O que é o PSF. Como funciona. Equipe Básica e Equipe “ Ampliada”. Legislação relativa ao PSF e à Atenção Básica	11
3	Custos. Conceitos de custos, diretos e indiretos, variáveis e fixos. Depreciação. Juros. Manual de Apuração dos Custos do PSF	24
4	Seleção da amostra de 60 municípios. Critérios de seleção dos municípios. Seleção das equipes pelos municípios. Critérios de seleção das equipes	28
5	Atividades desenvolvidas para manter contatos com os municípios selecionados. Reunião de treinamento em Brasília	35
6	Entrega das planilhas de custos pelos municípios. Interpretação e ajuste dos resultados. Criação do Banco de Dados	37
7	Resultados da Pesquisa	44
7.1	Resultados dos custos das equipes do PSF, classificadas por regiões e Municípios. Custo por pessoa assistida. Custo por atendimento	44
7.2	Comentários sobre os componentes dos custos	44



ÍNDICE
(Continuação ...)

Capítulo	Assunto	Página
7.3	Custos médios das equipes por região. Distribuição de frequência dos custos. Custos médios per capita. Amplitudes	48
8	Comentários sobre os Resultados Obtidos	54
8.1	Custos reais e potenciais. Extrapolação dos custos para 80 milhões de pessoas assistidas	54
8.2	Custos intermediários (básicos) e custos ampliados	55
9	Conclusão	56
9.1	Resumo do trabalho. Sumário dos Resultados Obtidos	56
9.2	Necessidade de se montar eficiente estrutura de custos nos municípios	57
9.3	Novas análises a efetuar.	58
9.4	Divulgação dos Resultados.	58
10	Bibliografia	59
	Agradecimentos e Créditos	63
11	Suplemento ao Relatório Final do Programa de Saúde da Família – PSF (julho/2001)	Vol. I A
Anexos		
Anexo 1	O Contrato de Consultoria. Termos de Referência	66
Anexo 2	Relação de Procedimentos de Atenção Básica	71
Anexo 3	Manual de Apuração dos Custos do Programa de Saúde da Família	81
Anexo 4	Relação dos Custos das Equipes por Região e Município	Vol. II e III



**MINISTÉRIO DA SAÚDE – REFORSUS – CNPq
DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF**

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este Sumário Executivo constitui a Síntese do Relatório Final do trabalho de Consultoria Técnica relativo à Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família.

O presente estudo foi realizado entre setembro de 2000 e março de 2001, pelo Consórcio formado por duas empresas de consultoria especializadas na área de saúde, a Fundação Getúlio Vargas, por meio do seu braço de consultoria de São Paulo, a GVconsult e a EPOS Health Consultants, por solicitação do Ministério da Saúde, na vigência de um contrato celebrado em agosto de 2000.

O Relatório é dividido em dez capítulos, cujo conteúdo é resumido a seguir.

No Capítulo 1, Introdução, são apresentados e elucidados os objetivos do trabalho, definidos nos seus Termos de Referência.

No Capítulo 2, é historiado o desenvolvimento em anos recentes do Programa de Saúde da Família no Brasil, que foi oficializado em 1994, pelo Ministério da Saúde. É explicado o funcionamento do Programa. São relatadas as atividades das equipes de Saúde da Família. É descrito o que fazem. São esclarecidas as distinções entre equipes básicas e ampliadas e equipes urbanas e rurais. A cobertura do Programa, em termos de pessoas assistidas, é quantificada. As metas para os dois próximos anos são projetadas. O PSF é situado no contexto geral do atendimento à saúde e no quadro da atenção básica. Algo é dito sobre seu financiamento.



No Capítulo 3, são expostos os conceitos de custos, diretos e indiretos, variáveis e fixos. A depreciação e os juros sobre os ativos permanentes, objetos de polêmica, são explanados. Procura-se dissipar confusões freqüentes entre custos e desembolsos, custos de oportunidade e custos explícitos, envolvendo saídas de numerário. É descrito o Manual de Apuração dos Custos, que foi utilizado pelos Municípios para nos informar, de forma padronizada, dos custos das equipes.

Os Capítulos 4, 5 e 6 contam o desenrolar do trabalho de pesquisa. Narram o processo de seleção da amostra dirigida de 60 municípios, escolhidos em base de critérios de regionalização geográfica; estratificação populacional; nível de cobertura de pessoas assistidas; e qualidade estimada, em termos de premiação recebida. Retratam a participação dos técnicos do Ministério da Saúde e do REFORSUS, nas decisões finais relativas à escolha dos municípios. Descrevem a metodologia usada pelos municípios para selecionar sua amostra de equipes, com critérios de eficácia, estabilidade e eficiência administrativa. É relatada a reunião inicial de treinamento dos representantes dos municípios, realizada em Brasília, no M.S., em 13-11-2000.

São listadas as reuniões ocorridas com os técnicos do Ministério e do Reforsus. Relacionam-se as atividades desenvolvidas para manter contatos com os municípios, inicialmente a fim de se certificar de que tinham recebidos os manuais de apuração dos custos e, depois, para incentivá-los a preencher as planilhas e nos entregar os dados solicitados.

São comentadas as dificuldades vividas pelos municípios amostrados para preencher as planilhas, os obstáculos enfrentados para receber as respostas num prazo razoável e os esforços efetuados para interpretar e ajustar os dados e extrair resultados relevantes. A tabulação final reflete os custos de 51 municípios e 118 equipes.



O Capítulo 7 apresenta os resultados agregados relativos aos custos do Programa de Saúde da Família. São calculados os custos médios por estratos populacionais e regiões, por equipe, per capita e por atendimento. Extrapolam-se os custos para uma população assistida de 80 milhões de pessoas.

No Capítulo 8 são tecidos comentários sobre os resultados obtidos. Os custos do PSF coincidem razoavelmente com as expectativas, a saber, cerca de R\$ 5,00 por pessoa assistida, por mês, para uma equipe básica; e R\$ 8,00, por pessoa assistida, por mês, para uma equipe ampliada.

Conclui-se no Capítulo 9 com um breve resumo dos resultados alcançados no trabalho. Recomenda-se montar nos municípios uma estrutura administrativa condizente com a necessidade de custear as ações de saúde. Mecanismos de divulgação dos resultados desta pesquisa são sugeridos.

O trabalho encerra-se com as referências bibliográficas, os agradecimentos e os Anexos.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE – REFORSUS – CNPq
DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF**

RELATÓRIO FINAL

**1. INTRODUÇÃO. OBJETIVOS DO TRABALHO DE
CONSULTORIA. CONTRATO E TERMOS DE REFERÊNCIA.**

Em agosto de 2000, foi adjudicada ao Consórcio FGV – EPOS (Fundação Getúlio Vargas e EPOS Health Consultants) a licitação do Projeto de Consultoria intitulado: “Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família”. O contrato correspondente foi assinado em 15-08-2000, após comunicação ao Consórcio da oficialização da colaboração do contrato. Participaram da elaboração do projeto, que resultou na assinatura do contrato, as seguintes entidades:

- O Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, que o financiou;
- O Ministério da Saúde;
- O REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS – Sistema Único de Saúde, no seu Componente II, dedicado à melhoria gerencial da assistência à Saúde;
- e o CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que assinou o contrato como cliente do Consórcio.

Esse projeto insere-se no conjunto das iniciativas governamentais destinadas, no quadro dos programas sociais, a aperfeiçoar a administração da Saúde do povo brasileiro. O Programa de Saúde da Família é uma das principais ações que objetivam melhorar a assistência à Saúde no País.



Os objetivos do trabalho de consultoria são expostos nos Termos de Referência do contrato, que constam do Anexo 1 deste Relatório.

O elenco dos resultados esperados do trabalho é o seguinte:

1.1. Determinação dos custos atuais e potenciais do P.S.F.

Os custos atuais são os custos reais levantados, em vigor no período imediatamente anterior ao em que o trabalho foi iniciado, isto é, no segundo trimestre de 2000. De maior relevância são os custos totais por equipe, per capita e por atendimento.

Os custos potenciais referem-se à extensão do programa a um número maior de pessoas. Hoje, são 20 milhões de pessoas cadastradas no PSF. As autoridades de saúde planejam estender o programa a 80 milhões de pessoas em 2002. Essa é a cobertura populacional aqui usada para calcular o custo potencial do programa.

1.2. Cálculo dos custos do PSF para dois níveis de assistência à população: intermediário e ideal

O nível denominado “intermediário” corresponde ao que se tem chamado de assistência básica; o outro nível, cognominado de “ideal”, é definido como: “composto da atenção básica com apoio diagnóstico e de atendimento ambulatorial por especialidade”.

Hoje, existem equipes básicas, que proporcionam atendimento intermediário com apoio diagnóstico; e equipes “ampliadas”, que proporcionam o atendimento ambulatorial em algumas especialidades, notadamente odontológica, psicológica, pediatria e outras especialidades, médicas ou afins, como nutrição e assistência social.

Na mais recente definição do que vem a ser atenção básica “ampliada” (NOAS – 01/2001) a lista de procedimentos e exames foi ampliada.

No presente trabalho, empreendido antes da vigência desta norma, adotaram-se os termos:

- equipe básica, para a que realiza os procedimentos listados no Anexo 2; é constituída de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro agentes comunitários de saúde;
-
- equipe ampliada, para a equipe constituída dos profissionais da equipe básica e de, no mínimo, um especialista, como, por exemplo, odontólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social ou outro especialista de nível superior da área de saúde.

Para esclarecer os resultados obtidos neste trabalho, mostramos, no quadro 2x2 que segue, os quatro custos em jogo:

- 1 – real básico (intermediário)
- 2 – real ampliado (ideal)
- 3 – potencial básico (intermediário)
- 4 – potencial ampliado (ideal)

Cobertura	Atendimento	
	Básico (intermediário)	Ampliado (ideal)
Real (atual)	1	2
Potencial (80 milhões de pessoas)	3	4



Para calcular esses quatro custos, o método adotado na pesquisa foi, esquematicamente, o seguinte:

- Levantamento dos componentes dos custos por equipe;
-
- Cálculo do custo total da equipe, básica e ampliada;
-
- Cálculo do custo por pessoa atendida (cadastrada) por equipe básica e ampliada, por região e para o País;
-
- Cálculo do custo atual, para 25 milhões de pessoas cadastradas, atendimento básico e ampliado;
-
- Cálculo do custo potencial, para 80 milhões de pessoas, atendimento básico e ampliado.

Além dos custos totais por equipe e per capita, foram levantados os custos das diversas categorias de dispêndios, a saber:

- Recursos humanos, para equipes básicas e ampliadas;
- Recursos materiais (medicamentos, vacinas, materiais de enfermagem, material odontológico, transporte, ativo fixo);
- Estrutura (aluguel, despesas administrativas e gerais).

A escolha da amostra de municípios cujos dados foram levantados foi baseada em critérios especificados nos Termos de Referência, ou seja:

- Perfis demográficos dos municípios; os dados disponíveis foram incluídos neste relatório;



- Distribuição da amostra nas cinco grandes regiões geográficas brasileiras; estratificação da amostra em intervalos populacionais estatisticamente significativos.

Os Termos de Referência estipulavam ainda que as atividades desenvolvidas no transcorrer do trabalho fossem minuciosamente descritas no Relatório Final, o que foi feito, relatando-se a metodologia empregada na seleção dos municípios e na apuração e avaliação dos custos do conjunto das ações contempladas pelo PSF.

A considerável quantidade de informações obtidas no levantamento dos componentes de custo das equipes básicas e ampliadas, acumuladas num banco de dados, permite efetuar numerosas análises cruzadas, correlações e avaliações, relativas à adequação e eficiência do Programa de Saúde da Família.



2. HISTÓRICO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. O QUE É O PSF. COMO FUNCIONA. EQUIPE “BÁSICA” E EQUIPE “AMPLIADA”, LEGISLAÇÃO RELATIVA AO PSF E À ATENÇÃO BÁSICA.

2.1. Histórico e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de organização da atenção básica no país. Uma Equipe de Saúde da Família formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 600 a 1.000 famílias. Outros profissionais, como assistentes sociais ou psicólogos, podem ser incorporados às equipes, ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte do PSF. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para o PSF. No PACS, as ações dos agentes de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro de uma unidade de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) fortalece as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implementação começou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.



Sabe-se hoje que as ações educativas e de prevenção, aliadas aos atendimentos mais frequentes, considerados de baixa complexidade, resolvem 85% dos problemas de saúde da população.(*). Isso significa que o investimento na atenção básica evita o adoecimento ou o agravamento das doenças. Assim, a qualidade de vida da população melhora, e diminuem os gastos com procedimentos de média e alta complexidade. Isso proporciona redução dos índices de mortalidade infantil, diminuição do número de mortes por doenças de cura simples e conhecida e diminuição das filas nos hospitais da rede pública e conveniada com o SUS.

As ações educativas/preventivas e a rapidez no atendimento aos problemas mais simples, no entanto, exigem que o sistema de saúde esteja próximo das pessoas. O ideal é que consiga envolver as próprias comunidades. É isso exatamente que faz o PSF, por meio da Equipe de Saúde da Família e da Unidade de Saúde da Família.

(*) BONASSA, Elvis Cesar e CAMPOS, Claudia Valentina de A. (org.), Saúde mais perto, (op.cit. nas Referências Bibliográficas), "... 85% dos problemas de saúde são solucionados pela atenção básica" (p.14). Constata-se, na experiência dos médicos e diretores dos Prontos Atendimentos e Prontos Socorros dos hospitais de emergência da rede pública do País, que mais de 80% das pessoas que procuram atendimento médico (excluindo-se os casos de trauma) não necessitam nem passar por um período de observação nem ser internados ou referendados para um hospital especializado. Diagnosticados, recebem alta imediata: são situações que poderiam ter sido resolvidas na rede básica primária. Ver também: BRASIL, Ministério da Saúde, Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar, uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial, s.d., p.2, " ... sabemos que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população."



2.2. A Equipe de Saúde da Família

A Equipe de Saúde da Família é formada no mínimo por um médico generalista, ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.

Os agentes comunitários são moradores da própria região. Eles recebem treinamento e passam a atuar como a linha de frente da atenção básica. A visita domiciliar é seu principal instrumento de trabalho. Cada agente vai pelo menos uma vez por mês a cada casa localizada em sua área de atuação. Eles fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizam o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Fazem parte da rotina do agente comunitário da saúde, juntamente com as visitas domiciliares, uma série de ações fundamentais:

- Cadastramento/diagnóstico – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. Essas informações, uma vez consolidadas e analisadas, serão divulgadas e discutidas junto à comunidade e posteriormente encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez enviará para a Secretaria Estadual de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no Estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde.



- Mapeamento – esta fase consiste no registro em um mapa da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente.
- Identificação de microáreas de risco – uma vez realizado o mapeamento, o agente comunitário identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco, ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali, como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.
- Ações Coletivas – com vistas a mobilizar a comunidade, o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos em situações de risco ou de portadores de doenças comuns – e incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades. A partir do agente comunitário, todo o trabalho da equipe é voltado para a prevenção, manutenção da saúde e a proximidade com a comunidade, procurando responder com a maior agilidade possível às demandas de saúde de sua área.

O médico atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

O enfermeiro participa do processo de planejamento das ações educativas e de saúde e organização do trabalho nas unidades de saúde, supervisiona o trabalho do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, além de atender pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e no domicílio, e executa ações de orientação sanitária.



Cada Equipe de Saúde da Família, atuando desta forma, deve ser responsável por no máximo 4.500 pessoas. Ela estará capacitada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para melhorar as condições que determinam o processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial;
- desenvolver ações educativas intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.



2.3. Equipes Básicas e Equipes Ampliadas

Para a realização do trabalho de determinação e avaliação dos custos do Programa de Saúde da Família – PSF, a consultoria, juntamente com a equipe do Ministério da Saúde, definiu o que são Equipes Básicas e Equipes Ampliadas. Esta definição de equipe básica e equipe ampliada é válida unicamente para efeito deste trabalho de custos.

As equipes são consideradas básicas quando possuem um número mínimo de profissionais preconizado pelo Ministério da Saúde para a Equipe de Saúde da Família, ou seja, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando, além destes profissionais, a equipe também possui profissionais de outras especialidades, tais como odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas etc, é considerada uma equipe ampliada.

Esta definição de equipe ampliada não está relacionada à Atenção Básica Ampliada, definida pela NOAS-SUS 01/2001.

2.4. Equipes Urbanas e Rurais

Para efeito de seleção de amostra de equipes nos municípios foi solicitado aos municípios que possuísem equipes urbanas e rurais que selecionassem 50% de suas equipes urbanas e 50% rurais. No decorrer do trabalho pudemos verificar que não existe um critério claro que identifique uma equipe enquanto rural ou urbana. Houve municípios cujas equipes se enquadravam em ambas as classificações, ou seja, consideradas tanto urbana quanto rural.



2.5. A Unidade de Saúde da Família

A estruturação física do PSF se dá a partir da Unidade de Saúde da Família. Trata-se de uma unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar como uma ou mais equipes do PSF, dependendo da concentração de famílias no território de sua abrangência.

É muito importante notar que a Unidade de Saúde da Família possui algumas características fundamentais. Em primeiro lugar ela tem **caráter substitutivo**. Isto é, não constitui uma nova estrutura de serviços (exceto em áreas desprovidas), mas substituem práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

Em segundo lugar, ela faz parte orgânica do sistema de saúde, dentro do **princípio de integralidade e hierarquização**. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, garantindo os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade, sempre que necessário.

Em terceiro lugar, funciona com **territorialização e adscrição de clientela**, ou seja, tem um território definido de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população moradora nessa área.

Em regiões com alta concentração populacional ocorre de duas Equipes de Saúde da Família ocuparem uma mesma Unidade de Saúde da Família. Da mesma forma, em regiões onde a concentração populacional é muito baixa, há equipes que atendem em duas, ou mais, unidades em diferentes dias da semana.



2.6. Financiamento da Equipe de Saúde da Família

Por ser uma estratégia central da atenção básica, o PSF deve ter seu financiamento garantido pelo PAB e pelos incentivos que compõe a parte variável do PAB, adicionados aos recursos de fontes estaduais e municipais.

Ao aderir ao PSF, o município recebe auxílio financeiro para investir na implantação e passa a ter direito a uma parcela mensal de recursos específica para compor o financiamento do programa, que entrará em seu PAB variável. Cabe lembrar que essa expansão é limitada, a cada ano, pelo teto financeiro negociado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em primeiro lugar, há o financiamento de implantação por equipe no valor de R\$10.000, pago em duas parcelas. Também fazem parte do PAB variável R\$2.200 por agente comunitário, por ano, divididos em doze parcelas mensais. Finalmente, é adicionado mais um valor anual que varia de R\$28.008 a R\$54.000 por equipe do PSF, igualmente divididos em doze parcelas mensais.

O valor do incentivo para as equipes do PSF varia de acordo com o percentual da população atendido pelo programa (quadro abaixo).

Valor anual por equipe do PSF

Classificação das Faixas de Cobertura	Faixa de Cobertura Populacional em %	Valor do Incentivo/Equipe/ano [R\$1,00]
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000



Para fazer esse cálculo, o Ministério da Saúde considera que cada equipe atende em média 3.450 pessoas. Portanto o número total de pessoas atendidas no município será o número de equipes multiplicado por 3.450. Esse número é então dividido pelo total da população desse mesmo município para encontrar a porcentagem coberta. Para evitar o uso de decimais e exprimir o resultado em porcentagem, é preciso multiplicar por cem. Ou, numa fórmula:

$C = [(E \times 3.450) / P] \times 100$, onde:

C = cobertura populacional do programa em porcentagem, arredondada para uma casa decimal;

E = número de equipes de saúde da família;

P = número de habitantes segundo a Portaria 5/99 do IBGE.

O valor referente à transferência de recursos para manutenção das equipes de saúde da família varia de acordo com as faixas de cobertura populacional, conforme definição da portaria 1.329, de 12/11/99.

Além destas formas de financiamento, o município pode contar com o PAB fixo de R\$ 10,00 por habitante/ano. Na medida em que o PSF é a estratégia de implantação da atenção básica, a verba destinada à atenção básica deverá financiar o PSF. Multiplicando o número médio de pessoas cadastradas por equipe, 3.450, pelo valor do PAB fixo recebido pelo município para prestar atendimento de atenção básica a estes habitantes, o resultado é de R\$ 34.500,00/ano.

O Ministério da Saúde financia parte dos medicamentos básicos para os municípios. O incentivo dado pelo Ministério para a farmácia básica é de R\$1,00 por habitante/ano, com a contrapartida de R\$0,50 do estado e R\$0,50 do município.



Assim, o município recebe por equipe, pela farmácia básica, cerca de R\$3.450,00/ano, considerando uma equipe que atenda a 3.450 pessoas.

O custo médio das vacinas pode ser somado ao financiamento do Ministério da Saúde dado que estas são fornecidas pelo mesmo aos municípios.

É importante considerar que os exames realizados a partir da solicitação das Equipes de Saúde de Família foram incluídos no custo da ESF calculado pela consultoria, conforme determinado pelos termos de referência. No entanto, os exames básicos, até o ano de 2001, eram pagos pelo Ministério da Saúde por procedimento, conforme a tabela do SIA-SUS. Nesta medida, os exames, até o valor da tabela SUS, são financiados pelo Ministério da Saúde.

Total do financiamento (anual):

Mínimo de R\$ 28.008, máximo de R\$ 54.000 (PAB variável do PSF);

+ de R\$ 8.800 a R\$ 13.200 (4 a 6 agentes comunitários);

+ R\$ 34.500 (PAB fixo);

+ R\$ 3.450,00 (farmácia básica);

+ Custo médio das vacinas, (R\$ 2.532,00 por ano)

+ Custo médio dos exames, (R\$ 13.584,00 por ano)

Total: Mínimo de R\$ 74.758 + vacinas + exames = R\$ 90.874,00

Máximo de R\$ 105.150,00/ano + vacinas + exames =
R\$ 121.266,00

Obs: Não foi considerado o financiamento de implantação da equipe. Utilizamos os resultados da pesquisa para estimar os custos das vacinas e dos exames, ver capítulo 7 deste relatório.

Considerando que o custo médio anual das equipes básicas analisadas é de R\$ 214.836, a parte financiada pelo MS é no máximo de R\$ 121.266 (com vacinas e exames), ou seja 56,4%, cabendo aos municípios e ao Estado a contrapartida de 43,5% dos custos da equipe básica do PSF.



No caso das equipes ampliadas que incluem odontologia, foi assinada em 28 de dezembro de 2.000 a Portaria n.º 1.444, que define o financiamento das equipes de odontologia. O valor anual varia de R\$ 13.000,00 a R\$ 16.000,00, dependendo da composição da equipe. Equipes com um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário recebem R\$ 13.000,00 anuais divididos em doze parcelas mensais. Equipes compostas por um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dentária (THD) e um atendente de consultório dentário (ACD) recebem R\$ 16.000,00 anuais divididos em doze parcelas mensais.

O financiamento de implantação da equipe é de R\$ 5.000,00, pago em parcela única.

Assim, o financiamento de uma equipe ampliada com odontologia é composto pelos mesmos itens de financiamento da equipe básica mais o financiamento específico da odontologia:

Financiamento da equipe ampliada – odontologia:

Mínimo de R\$ 74.758 + vacinas + exames
+ R\$ 13.000 (equipe mínima de odontologia)
Totalizando R\$ 87.758 + vacinas + exames = R\$ 103.874,00

Máximo de R\$ 105.150,00 + vacinas + exames
+ R\$ 16.000,00 (equipe completa de odontologia)
Totalizando R\$ 121.150,00 + vacinas + exames = R\$ 137.266,00

Considerando que o custo médio anual das equipes ampliadas analisadas é de R\$ 339.864, a parte financiada pelo MS é de no máximo R\$ 137.266 (com vacinas e exames), ou seja 40,4%, cabendo aos municípios e ao Estado a contrapartida de aproximadamente 59,6% dos custos da equipe ampliada do PSF.



2.7. Capacitação

A necessidade de educação continuada das Equipes de Saúde da Família levou o Ministério da Saúde a promover a implantação de Pólos de Capacitação, a partir de 1997, com recursos do REFORSUS. Vinculados a universidades, estes pólos articulam as instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a saúde, juntamente com as Secretarias de Estados e de Municípios.

Foram definidos como objetivos de cada pólo:

- Curto prazo – capacitação introdutória, sensibilização das Equipes de Saúde da Família em relação às bases conceituais e atualização técnica em áreas específicas.
- Médio prazo – educação permanente nos diversos campos relacionados à Saúde da Família, cursos de especialização para a formação de multiplicadores e supervisores.
- Longo prazo – atividades e estratégias para impacto na formação profissional em nível de graduação e residência em Saúde da Família.



2.8. SIAB

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas no PSF deverão ser realizados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que possui os seguintes dados de alimentação obrigatória: dados cadastrais das equipes de saúde da família e dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF.

A não alimentação do Sistema de Informação, por um período de 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados durante o ano, implicará na suspensão do cadastramento do programa, o que significa suspensão dos recebimentos referentes à parcela variável do PAB correspondente ao PSF. Da mesma forma, a não alimentação do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) suspendem o repasse de recursos.

3. CUSTOS. CONCEITOS DE CUSTOS, DIRETOS E INDIRETOS, VARIÁVEIS E FIXOS – DEPRECIAÇÃO. JUROS. MANUAL DE APURAÇÃO DOS CUSTOS DO PSF.

A distinção entre custos diretos e indiretos de uma equipe do Programa de Saúde da Família é esclarecida no Capítulo 2 do Manual de Apuração dos Custos, Anexo 3 do presente Relatório. Também são explicados, no Capítulo 1, parágrafo 1.6, Introdução do Manual, os conceitos e as diferenças existentes entre custo e desembolso; também lá foram definidos os termos: regime de competência e regime de caixa. Ainda no Manual, nos itens 5.3 e 5.6 do Capítulo 5, são explanadas a diferença entre material de consumo e material permanente (ativo fixo); e a noção de depreciação.

A distinção entre custos fixos e variáveis também é relevante. A maior parte dos custos da equipe do PSF é fixa (salários, depreciação); são variáveis os custos do material de consumo, dos medicamentos, das vacinas, de combustível.

Convém lembrar que os custos de cada equipe do PSF foram lançados em 12 planilhas, num total de quase 200 itens.

<i>Itens de Custo</i>	<i>Planilha</i>	<i>Número de itens da planilha</i>
- Salários e encargos sociais da equipe básica	<i>BII</i>	<i>19</i>
- Salários e encargos da equipe ampliada	<i>BIII</i>	<i>7</i>
- Medicamentos	<i>BIV</i>	<i>10</i>
- Vacinas	<i>BV</i>	<i>10</i>
- Material de enfermagem	<i>BVI e BVII</i>	<i>20 e 33</i>
- Material de odontologia	<i>BVIII e BIX</i>	<i>20 e 10</i>
- Exames realizados	<i>BX</i>	<i>12</i>
- Despesas de transporte	<i>BXI</i>	<i>9</i>
- Despesas administrativas, serviços diversos e despesas gerais	<i>BXII</i>	<i>21</i>
<i>Total</i>	<i>(BXIII)</i>	<i>191</i>



Foi enfatizada no Manual a existência de custos de difícil visibilidade e identificação, por exemplo, o aluguel não cobrado de um prédio que estava desocupado antes de ser utilizado pela equipe e, por isso, que “não custa nada”. Entretanto, o custo existe; esse exemplo ilustra o que vem a ser “custo de oportunidade”. O raciocínio correto é a consideração de que, se o prédio não fosse ocupado por uma equipe de saúde, poderia ter outro destino, perdendo a Prefeitura a oportunidade de alugá-lo e auferir o rendimento correlato. Assim também são invisíveis os custos sobre capital próprio investido nos equipamentos (viatura, cadeira de dentista e outros); e as taxas de água e luz, não cobradas, mas que têm algum custo, pois esses bens não são ofertados gratuitamente. Os custos invisíveis são freqüentemente tidos por inexistentes, ao contrário dos custos nos quais ocorrem desembolsos, que não é possível contestar.

Surgem casos difíceis de ser custeados. A equipe de certo município não informou suas despesas de transporte porque o médico utiliza seu próprio carro para efetuar visitas domiciliares; num outro, o deputado empresta seu carro particular para remoção de algum eleitor ao distante hospital de referência; num terceiro, o veículo é utilizado para inúmeras tarefas municipais e não há controle de quilometragem rodada nem de combustível. Em todos esses casos, o custo existe, embora invisível; ele será pago um dia, nem que seja por meio de influência eleitoral do político que prestou o favor. Situações semelhantes ocorrem em medicamentos e vacinas, que são fornecidos gratuitamente pelos governos estadual ou federal.

A depreciação de veículos e equipamentos de maior porte (refrigerador, balança) foi efetuada em 5 anos, período que coincide com sua duração física provável. Decidiu-se que a depreciação de ativos de pequeno valor (termômetros, estetoscópios) fosse efetuada em 12 meses. Essa metodologia encontra-se exposta no Manual.



Para se obter o custo da maioria dos insumos, é necessário, em primeiro lugar, conhecer o número de unidades físicas consumidas no mês e, em segundo lugar, custear essas unidades, atribuindo-lhes o valor unitário, isto é, o custo médio ponderado das unidades compradas. Adotou-se um período de 3 meses, porque o consumo apresenta flutuações estatísticas, que são suavizadas quando se usa uma média trimestral.

Particularmente delicada é a questão do item: despesas de transporte. Um trunfo do PSF é assistência a domicílio. É conduzida em parte pelos Agentes Comunitários de Saúde, mas também dela participam os demais elementos da equipe, médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

As atividades de transporte das equipes do PSF incluem:

- Consultas domiciliares
- Reuniões comunitárias
- Remoção de pacientes
- Transportes de materiais
- Transportes de pessoas diversas
- Despesa de taxi (se não dispuser de veículo próprio)
- Passagens de ônibus

É necessário estimar o custo do km rodado pelo veículo da equipe e inteirar-se do número de km rodados no período. Pode tratar-se de um automóvel de passeio, de um utilitário, de uma pick-up, ou de uma ambulância. Alguns municípios são urbanos, outros, rurais. As condições das avenidas e estradas são variadas. Adotamos, na tentativa de obter o custo médio do km rodado, a seguinte planilha, baseada em premissas de natureza gerencial e não de contabilidade pública.

Planilha dos Custos do Transporte

Premissas:

- Custo inicial do veículo: R\$ 30.000,00
- Vida útil do veículo: 5 anos
- Valor residual do veículo: R\$ 10.000,00
- Quilômetros rodados por dia: 80 km
- Quilômetros rodados por mês: $80 \times 25 = 2000$ km
- Quilômetros rodados por ano: 24.000 km
- Manutenção: em 5 anos, gasta-se um valor igual ao custo inicial do veículo (premissa habitual em planilhas de transporte), em mão-de-obra e peças.

Item de Custo	Consumo	Custo Unitário (R\$)	Custo por km (R\$)
Combustível	1l/8km	1,3/ l	0,1625
Óleo lubrificante	1l/1000km	15,00/ l	0,0150
Pneus	1 jogo/50.000km	1.000/ jogo	0,0200
Lavagem	1 lavagem/80km	5,00/ lavagem	0,0625
Lubrificação e manutenção	R\$ 30.000,00/120.000 km	-	0,2500
Garagem, socorro, seguro obrigatório Taxas e diversos	R\$ 1.000,00/120.000 km	-	0,0417
Seguro contra terceiros	R\$ 2.000,00/24.000km	-	0,0833
Depreciação	R\$ 4.000,00/24.000 km	-	0,1667
Juros	R\$ 2.640/ 24.000 km	-	0,1100
Total		-	0,9117

Arredondou-se esse valor para R\$ 1,00 por quilômetro rodado, por sinal o preço cobrado por táxis em São Paulo, fora a bandeirada, que representa o “lucro” do taxista.

Esse valor não inclui o salário do motorista, que será registrado na planilha de salários e encargos.

O custo médio do transporte por equipe, por mês, seria, então: R\$ 2.000,00.



4. SELEÇÃO DA AMOSTRA DOS 60 MUNICÍPIOS. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS. SELEÇÃO DAS EQUIPES PELOS MUNICÍPIOS. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DAS EQUIPES.

4.1. Amostra de Municípios

Diversas reuniões foram realizadas entre os técnicos do Ministério da Saúde e os do Consórcio, sendo que, entre os assuntos tratados, mereceu destaque a seleção da amostra de municípios. Nas reuniões de 27 de setembro e 23 de outubro, ficou consensado que a amostra de municípios seria dirigida e não aleatória, e que seu número seria de 60 (sessenta).

Os critérios de seleção dos municípios foram estabelecidos da seguinte forma:

- a) Distribuição por igual da amostra entre as cinco grandes regiões geográficas do País, selecionando-se 12 municípios em cada região.

Existiam, em julho de 2000, data de referência para a amostragem a ser efetuada, aproximadamente 1.300 municípios cadastrados no PSF, perfazendo um total de 4.649 equipes. Esse era o número de municípios contando com equipes completas, sejam básicas, sejam ampliadas, o que era um dos critérios de seleção. O número de municípios que atuam no PSF é maior do que o número de municípios cadastrados no programa, porque leva-se algum tempo, depois do lançamento do programa no município, para que este seja cadastrado.

Foi neste universo, de 1.300 municípios, que a seleção foi efetuada.



- b) Estratificação dos municípios selecionados em seis faixas populacionais, conforme a relação seguinte, sendo escolhidos dois municípios por faixa.
- Até 5.000 habitantes
 - De 5 mil a 10 mil habitantes
 - De 10 mil a 30 mil habitantes
 - De 30 mil a 50 mil habitantes
 - De 50 mil a 100 mil habitantes
 - Mais de 100 mil habitantes
- c) Escolha de municípios nos quais o PSF tenha sido implantado pelo menos um ano antes de julho de 2000, ou seja, antes de julho de 1999. Esse critério visa assegurar certa capacidade de produção, continuidade na assistência e gerenciamento do programa.
- d) Seleção de municípios nos quais, por informações extraídas dos bancos de dados do Ministério da Saúde, existiam equipes básicas completas, isto é, compostas no mínimo de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.
- e) Seleção de municípios apresentando o maior nível possível de cobertura da população no programa.
- f) Seleção de municípios que estejam com os dados atualizados no SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Nele, as equipes registram mensalmente seus dados de produção, bem como informações demográficas, epidemiológicas e cadastrais da população do município e das pessoas assistidas. É o prontuário coletivo do PSF.

Como critérios complementares, sugeridos pelos técnicos no Ministério, citem-se os seguintes requisitos:

- g) Inclusão de municípios premiados por qualidade da assistência prestada, caso de Sobral e Camaragibe.



- h) Inclusão de municípios de grande viabilidade no programa, tais como Aracaju, Campina Grande, Teresina e Porto Alegre
- i) Municípios que possuam equipes ampliadas, isto é, que disponham, além dos profissionais compondo a parte básica da equipe, pelo menos um dos seguintes elementos de nível superior: odontólogo, assistente social, psicólogo, nutricionista ou outro de natureza semelhante.

4.2. Amostra de Equipes

A seleção de equipes, dentro dos municípios amostrados, foi efetuada pelos próprios municípios, atendendo-se aos seguintes critérios:

- a) Seleção do número de equipes com base na estratificação populacional já mencionada, dentro das regras quantitativas seguintes:
 - Até 5 mil habitantes, todas as equipes existentes.
 - De 5 mil até 10 mil habitantes: todas as equipes existentes
 - De 10 mil a 30 mil h: 50% das equipes, com um mínimo de 2 equipes
 - De 30 mil a 50 mil h: 10% das equipes, com um mínimo de 2 equipes
 - De 50 mil a 100 mil h: 10% das equipes, com um mínimo de 2 equipes
 - Mais de 100 mil habitantes: 10% das equipes, com um mínimo de 2 equipes
 - No mínimo, portanto, duas equipes, para os municípios que tenham mais de 10 mil habitantes.
- b) Seleção preferencial de equipes que já tenham um ano de experiência operacional, possuam estabilidade de pessoal e demonstrem qualificação técnica e administrativa.
- c) Seleção preferencial de uma amostra diversificada de equipes básicas e ampliadas, urbanas e rurais.



Além dos municípios selecionados como “titulares” na amostra, foram escolhidos municípios de “reserva”, que seriam contactados caso os titulares não pudessem participar da pesquisa.

Com base nos critérios estabelecidos, foram selecionados 35 municípios titulares que se sabia terem equipes básicas e mais 17 de reserva; e 28 municípios que tenham equipes ampliadas, com 15 de reserva nesta categoria, ou seja:

Municípios com Equipes	Titulares	Reservas
Básicas	35	17
Ampliadas	28	15
Total	63	32

O Quadro 4.2.1 mostra os nomes dos municípios selecionados e com os quais estabeleceram-se contatos para o levantamento de dados.



Quadro 4.2.1

Tabela de Municípios Seleccionados na Amostra do Programa de Saúde da Família

TABELA DE MUNICÍPIOS TITULARES

EQUIPES BÁSICAS

	REGIÃO NORTE		REGIÃO NORDESTE		REGIÃO SUDESTE		REGIÃO SUL		REGIÃO CENTRO-OESTE	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF
< 5000	CUJUBIM	RO	TELHA	SE	ROMARIA	MG	TRES ARROIOS	RS	BURITI DE GOIAS	GO
5000-10000	MANCIO LIMA	AC	MURIBECA	SE	DIVINOLANDIA DE MINAS	MG	MONTE CARLO	SC	ALTO PARAISO DE GOIAS	GO
10000-30000	OURILANDIA DO NORTE	PA	MARAGOGI	AL	IBIA	MG	ARAPOTI	PR	SAO GABRIEL DO OESTE	MS
30000-50000	ROLIM DE MOURA	RO	SÃO LUIS DO QUITUNDE	AL	SUMIDOURO	RJ	OSORIO	RS	SORRISO	MT
50000-100000	CRUZEIRO DO SUL	AC	MORADA NOVA	CE	AMPARO	SP	CAMBE	PR	CACERES	MT
>100000	RIO BRANCO	AC	TERESINA	PI	SANTA LUZIA	MG	PORTO ALEGRE	RS	DOURADOS	MS
			SOBRAL	CE	CONTAGEM	MG	CRICIUMA	SC	GOIÂNIA	GO

TABELA DE MUNICÍPIOS RESERVA DO PSF

EQUIPES BÁSICAS

	REGIÃO NORTE		REGIÃO NORDESTE		REGIÃO SUDESTE		REGIÃO SUL		REGIÃO CENTRO-OESTE	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF
< 5000					LAMIM	MG	NOVO HORIZONTE	SC	NOVO HORIZONTE	MT
5000-10000			ARNEIROZ	CE	SALTO DE DIVISA	MG	NOVA STA ROSA	PR	NOVA MUTUM	MT
10000-30000							CHARQUEADAS	RS	RIBAS DO RIO PARDO	MS
30000-50000	PIMENTA BUENO	PA			CAETÉ	MG	ROLANDIA	PR	GOIATUBA	GO
50000-100000			IGUATU	CE	PEDRO LEOPOLDO	MG	STA ROSA	RS	TRÊS LAGOAS	MS



TABELA DE MUNICÍPIOS TITULARES										
REGIÃO NORTE			REGIÃO NORDESTE		REGIÃO SUDESTE		REGIÃO SUL		REGIÃO CENTRO-OESTE	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF
< 5000			GRANJEIRO	CE	ANALANDIA	SP	ARROIO TRINTA	SC	NOVO HORIZONTE DO NO	MT
5000-10000	PORTO ACRE	AC	ALAGOINHA DO PIAUI	PI	BANANAL	SP	BOM PRINCÍPIO	RS		
10000-30000	FONTE BOA	AM	CARIUS	CE	JOÃO NEIVA	ES	MANDAGUARI	PR	LUCAS DO RIO VERDE	MT
30000-50000	TUCUMA	PA	AMARGOSA	BA	SAO SEBASTIAO	SP	FAZENDA RIO GDE	PR		
50000-100000	IGARAPÉ MIRIM	PA	PALMEIRA DOS INDIOS	AL	ARACRUZ	ES	SÃO BENTO DO SUL	SC		
>100000	PORTO VELHO	RO	CAMARAGIBE	PE	MAUA	SP	CURITIBA	PR	BRASILIA	DF
			ARACAJU	SE						
			CAMPINA GDE	PB						
TABELA DE MUNICÍPIOS RESERVA DO PSF										
EQUIPES AMPLIADAS										
REGIÃO NORTE			REGIÃO NORDESTE		REGIÃO SUDESTE		REGIÃO SUL		REGIÃO CENTRO-OESTE	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF	NOME_IBGE	UF
< 5000			JATOBÁ DO PIAUÍ	PI	IPIAÇU	MG	ENTRE RIOS DO OES	PR		
5000-10000	JAMARI	RO			INDAIATUBA	MG	JUSSARA	PR		
10000-30000			JIJOCA DO JERICOACO	CE			MATELANDIA	PR		
30000-50000			PEDRA BCA	CE	CAMPO BELO	MG	DOIS VIZINHOS	PR		



O Quadro 4.2.2 é um resumo dos municípios amostrados, mostrando seu número por região e faixas populacionais.

Quadro 4.2.2 - Número de Municípios Selecionados, por Região e Faixa Populacional

Faixas Populacionais	Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
< 5.000	1	2	2	2	2	9
5.000 a 10.000	2	2	2	2	1	9
10.000 a 30.000	2	2	3	2	2	11
30.000 a 50.000	2	2	2	2	1	9
50.000 a 100.000	2	2	2	2	1	9
> 100.000	2	5	3	3	3	16
Total	11	15	14	13	10	63



5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA MANTER CONTATOS COM OS MUNICÍPIOS SELECIONADOS. REUNIÃO DE TREINAMENTO EM BRASÍLIA.

Descrevem-se aqui as atividades desenvolvidas pela equipe de consultores do Consórcio para manter contatos com os municípios selecionados.

5.1. Reunião de Treinamento em Brasília

Conforme decisão consensada entre os técnicos do Consórcio FGV-EPOS e o Ministério da Saúde, o treinamento dos representantes dos municípios selecionados foi realizado pelos consultores do projeto em Brasília, no dia 17-11-2000, no auditório do Ministério. Estiveram presentes as seguintes autoridades:

- Dr. Geraldo Biasoto Junior, Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde – MS;
- Dr. Gilberto Tanos Natalini, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Dr. Marcelo Gouvêa Teixeira, Diretor do Departamento de Projetos de Investimentos;
- Sr. Edvaldo B. de Sá, Presidindo a Comissão Técnica de Acompanhamento dos Projetos – DPI/SIS, e moderador da reunião;
- Sr. Antônio Barahona, REFORSUS/SE.

Foi distribuído e explicado aos presentes, que eram Secretários de Saúde ou Coordenadores do PSF dos municípios selecionados, o Manual de Apuração dos Custos do Programa de Saúde da Família, redigido pelos técnicos do Consórcio e que é reproduzido no Anexo 3 do presente Relatório. A apresentação foi seguida de uma sessão de perguntas e respostas.

As sugestões dos representantes dos municípios foram incorporadas na edição definitiva do Manual.



5.2. Envio do Manual aos Municípios. Checagem do Recebimento do Manual.

Nos dias seguintes à reunião de treinamento em Brasília, exemplares atualizados do Manual foram enviados aos municípios por três meios:

- E-mail
- Disquete
- Correio (Sedex)

Por telefone e e-mail foi efetuado o monitoramento do recebimento do material pelos municípios.



6. ENTREGA DAS PLANILHAS DE CUSTOS PELOS MUNICÍPIOS. INTERPRETAÇÃO E AJUSTE DOS RESULTADOS. CRIAÇÃO DO BANCO DE DADOS.

6.1. Entrega das Planilhas de Custos pelos Municípios.

Após dois meses, agosto e setembro de 2000, consagrados à elaboração do Manual de Apuração dos Custos do PSF e à seleção de amostra dos municípios, foram dedicados os meses de outubro e novembro a enviar as instruções necessárias aos municípios escolhidos. As respostas foram recebidas entre dezembro de 2000 e janeiro de 2001. Em fevereiro houve intenso empenho dos consultores na atividade de depuração dos dados, muitos dos quais incompletos ou incorretos. Uma equipe mobilizada pelo Consórcio, constituída por dez técnicos, a metade dos quais em tempo integral, engajou-se na tarefa de cobrar dos municípios os dados que faltavam, necessitavam de confirmação ou tinham que ser corrigidos.

Faz parte do trabalho do Consórcio relatar algumas dificuldades ocorridas no decorrer da pesquisa.

Tanto na remessa das instruções aos municípios quanto no envio das planilhas preenchidas pelos mesmos, ocorreram problemas técnicos. Foram usados três meios, num sentido e no outro: e-mail, disquete e correio. O vulto do material transmitido exigia compactar ("zipar") o e-mail. Em muitos municípios, inexistia pessoal capacitado para decifrar o e-mail zipado, ou mesmo, não havia recursos de informática. Foi necessário, quase sempre, enviar ou receber o material valendo-se ao mesmo tempo dos três meios, a fim de garantir a transmissão por, pelo menos, um deles.

O período no qual foi realizada a pesquisa coincidiu com o desfecho das eleições municipais, ocorridas em outubro de 2000. Dos 41 municípios que não tinham entregue os dados até o final do ano 2000, em 19 foram reeleitos os prefeitos anteriores e mantidos os Secretários de Saúde e, em 21, houve mudança de prefeitos e da administração de saúde municipal. A troca de cargos atrasou o trabalho da pesquisa.



Nos municípios em que houve revezamento de prefeitos, a nova administração não encontrou, às vezes, o material colhido pela anterior, perdendo-se os dados, ou não estava a par da pesquisa, tendo que recomençar o trabalho; ou mesmo, em alguns municípios, informaram que os telefones tinham sido cortados, ou os móveis furtados, ou os aparelhos de fax ou de computação quebrados, as senhas de acesso perdidas ou ainda o caixa insuficiente para sequer pôr cartas no correio, ou tinham ocorrido outros eventos desse tipo.

O período de dezembro e janeiro é época de festas de fim de ano, férias e preparação de festividades, circunstâncias pouco propícias à coleta de dados de custos e que contribuíram para dificultar o levantamento das informações no prazo e rigor desejados.

Devido à extrema importância de receber o maior número possível de dados, o prazo de entrega das informações foi estendido diversas vezes, até 28-02-2001.

6.2. Interpretação e Ajuste dos Dados

Após o recebimento progressivo dos dados de custo dos municípios, a equipe do Consórcio empreendeu nova série de chamadas telefônicas, ligando com freqüência aos responsáveis pelo fornecimento das informações, a fim de completar, corrigir ou confirmar dados omissos, visivelmente errados ou duvidosos.

O Quadro 6.2.1 mostra o número total de municípios que forneceram dados suficientes para ser analisados pelos técnicos do Consórcio.

Quadro 6.2.1 - Número de Municípios Analisados, por Região e por Faixa Populacional

Nº habit.	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Total
< 5.000	1	1	0	2	2	6
5.000 a 10.000	1	0	2	2	1	6
10.000 a 30.000	2	1	2	1	2	8
30.000 a 50.000	2	2	2	0	1	7
50.000 a 100.000	2	2	2	2	1	9
>100.000	2	5	3	3	2	15
Total	10	11	11	10	9	51

Destes 51 municípios foram analisadas 118 equipes, sendo destas 61 equipes básicas e 57 equipes ampliadas, conforme mostra o Quadro 6.2.2.

O Quadro 6.2.3 é uma relação dos municípios que responderam ao questionário e cujas informações foram incorporadas ao banco de dados.

Quadro 6.2.2 - Número de Equipes Analisadas, Distribuídas por Região e por Categoria

Região	Equipes		
	Básicas	Ampliadas	Total
Norte	11	11	22
Nordeste	22	10	32
Sudeste	13	13	26
Sul	7	12	19
Centro - Oeste	8	11	19
Total	61	57	118



Ressalta-se a extrema boa vontade e dedicação do pessoal do Programa de Saúde da Família nos municípios selecionados em fornecer as informações solicitadas para este trabalho.



TABELA DE MUNICÍPIOS QUE CONSTITUÍRAM A AMOSTRA REALIZADA

				EQUIPES	
FAIXA POPULAÇÃO	NOME_IBGE	UF	TOTAL DE EQUIPES	BÁSICAS	AMPLIADAS
< 5000	CUJUBIM	RO	1		1
5000-10000	MANCIO LIMA	AC	3	3	
10000-30000	OURILÂNDIA DO NORTE	PA	2		2
10000-30000	FORTE BOA	AM	3		3
30000-50000	ROLIM DE MOURA	RO	2	2	
30000-50000	TUCUMA	PA	2	1	1
50000-100000	CRUZEIRO DO SUL	AC	3	1	2
50000-100000	IGARAPÉ MIRIM	PA	2	2	
>100000	RIO BRANCO	AC	2	2	
>100000	PORTO VELHO	RO	2		2
SUBTOTAL			22	11	11
REGIÃO NORDESTE					
				EQUIPES	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	TOTAL DE EQUIPES	BÁSICAS	AMPLIADAS
< 5000	GRANJEIRO	CE	2		2
10000-30000	CARIUS	CE	2	2	
30000-50000	SÃO LUIS DO QUITUNDE	AL	2	2	
30000-50000	AMARGOSA	BA	2	1	1
50000-100000	CRATEÚS	CE	2	2	
50000-100000	PALMEIRA DOS ÍNDIOS	AL	3	3	
>100000	TERESINA	PI	6	6	
>100000	SOBRAL	CE	4	4	
>100000	CAMARAGIBE	PE	2		2
>100000	ARACAJU	SE	5		5
>100000	CAMPINA GRANDE	PB	2	2	
SUBTOTAL			32	22	10
REGIÃO SUDESTE					
				EQUIPES	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	TOTAL DE EQUIPES	BÁSICAS	AMPLIADAS
5000-10000	DIVINOLÂNDIA DE MINAS	MG	1	1	
5000-10000	BANANAL	SP	2	2	
10000-30000	IBIA	MG	3	3	
10000-30000	BOA ESPERANÇA	MG	1	1	
30000-50000	BOCAIUVA	MG	2	2	
30000-50000	SÃO SEBASTIÃO	SP	2		2
50000-100000	AMPARO	SP	2		2
50000-100000	ARACRUZ	ES	2		2
>100000	SANTA LUZIA	MG	3		3
>100000	CONTAGEM	MG	4	4	
>100000	MAUÁ	SP	4		4
SUBTOTAL			26	13	13

Quadro 6.2.3
TABELA DE MUNICÍPIOS QUE CONSTITUÍRAM A AMOSTRA
REALIZADA (continuação)

REGIÃO SUL					
				EQUIPES	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	TOTAL DE EQUIPES	BÁSICAS	AMPLIADAS
< 5000	TRES ARROIOS	RS	1		1
< 5000	ARROIO TRINTA	SC	1	1	
5000-10000	MONTE CARLO	SC	1	1	
5000-10000	BOM PRINCÍPIO	RS	1		1
10000-30000	MANDAGUARI	PR	2	1	1
50000-100000	CAMBE	PR	2		2
50000-100000	SÃO BENTO DO SUL	SC	2		2
>100000	PORTO ALEGRE	RS	3	3	
>100000	CRICIUMA	SC	1	1	
>100000	CURITIBA	PR	5		5
SUBTOTAL			19	7	12
REGIÃO CENTRO-OESTE					
				EQUIPES	
FAIXA POP	NOME_IBGE	UF	TOTAL DE EQUIPES	BÁSICAS	AMPLIADAS
< 5000	BURITI DE GOIAS	GO	1	1	
< 5000	NOVO HORIZONTE DO	MT	1		1
5000-10000	ALTO PARAISO DE GO	GO	2	2	
10000-30000	SAO GABRIEL DO OES	MS	2		2
10000-30000	LUCAS DO RIO VERDE	MT	2	1	1
30000-50000	SORRISO	MT	2		2
50000-100000	CACERES	MT	2	2	
>100000	DOURADOS	MS	2	2	
>100000	BRASÍLIA	DF	5		5
SUBTOTAL			19	8	11



6.3. Criação do Banco de Dados

Após a conferência e o ajuste das informações fornecidas pelos municípios, os dados das planilhas foram transcritos e resumidos em formulários apropriados, digitados e impostados num banco de dados EXCEL, para tabulação, editoração e análise. O conteúdo do banco de dados, num formato adequado para leitura, consta do Anexo 4. As análises dos informes mais relevantes são apresentadas no Capítulo 7 deste Relatório.



7. RESULTADOS DA PESQUISA

7.1. Resultado dos Custos das Equipes do PSF, Classificadas por Regiões e Municípios. Custo por Pessoa Assistida. Custo por Atendimento.

Os resultados dos custos das 118 equipes analisadas encontram-se no Anexo 4. São classificados por regiões e, dentro das regiões, por municípios.

No Anexo 4, para cada município, o leitor encontrará uma página inicial contendo dados relativos à população total e à cadastrada no PSF, bem como algumas informações de natureza orçamentária. Na página seguinte, são fornecidos dados epidemiológicos, extraídos de cadastros do IBGE e do UNICEF. A seguir, há uma página contendo dados sobre as equipes do PSF. Seguem os resultados sobre custos de cada equipe, básica ou ampliada. Finalmente constam dados de produção das equipes, em termos de número de atendimentos. A combinação desses dados permite calcular o custo por pessoa assistida, isto é, cadastrada, ou o custo per capita, e o custo por atendimento.

Nota-se que os custos das equipes ampliadas foram separados em duas metades. A primeira, na parte superior da planilha, corresponde à “parcela básica” da equipe ampliada. A segunda, na parte inferior da planilha, corresponde à parcela ampliada da equipe ampliada. Na linha final, pode-se ler o custo total da equipe ampliada.

7.2. Comentários sobre os Componentes do Custo

Cada planilha de custo de equipe exibida no Anexo 4 contém, no seu lado direito, a percentagem que cada componente de custo representa no custo total.



Somando-se essas percentagens para todas as equipes e dividindo-se o total pelo número de equipes, obtém-se a média aritmética simples da incidência de cada componente de custo no total da equipe.

As Figuras 7.2.1 e 7.2.2 representam de forma gráfica essa incidência, para as 61 equipes básicas e as 57 equipes ampliadas, respectivamente.



Figura 7.2.1
Representação Gráfica da Incidência dos Componentes de Custo na Equipe Básica

Figura 7.2.1
Representação Gráfica da Incidência dos Componentes de Custo na Equipe Básica

Ítem	R\$	%
Salários e Encargos	8.347	46,62%
Medicamentos	2.248	12,55%
Vacinas	211	1,18%
Material de Enfermagem	509	2,84%
Depreciação do Material Permanente	349	1,95%
Exames Realizados	1.132	6,32%
Despesas de Transporte	1.688	9,43%
Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	2.685	15,00%
Salários e Encargos (outros)	735	4,11%
Total da Equipe Básica	17.903	100,00%

Distribuição dos Custos - Equipe Básica (61 equipes)

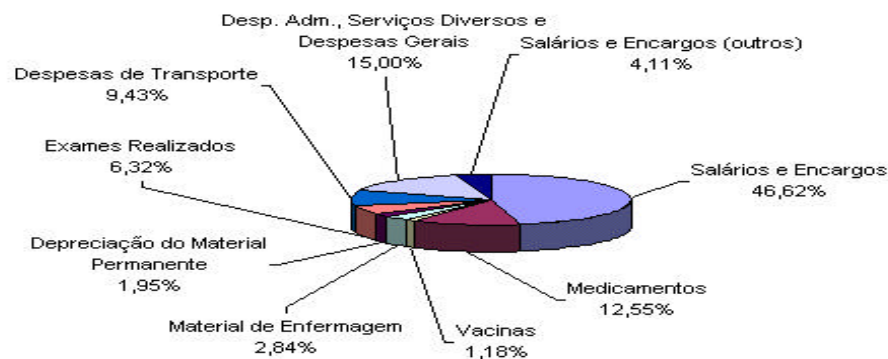


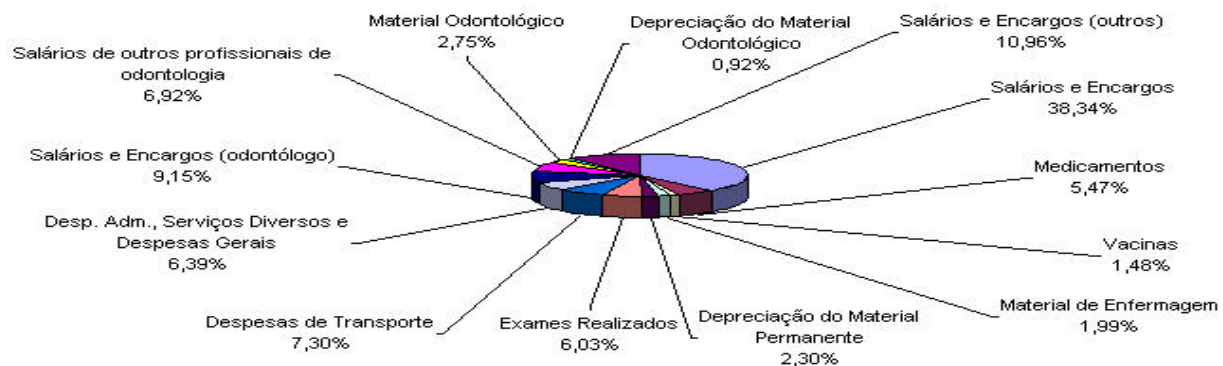


Figura 7.2.2

Representação Gráfica da Incidência dos Componentes de Custo na Equipe Ampliada

Ítem	R\$	%
Salários e Encargos	10.859	38,34%
Medicamentos	1.550	5,47%
Vacinas	420	1,48%
Material de Enfermagem	563	1,99%
Depreciação do Material Permanente	653	2,30%
Exames Realizados	1.707	6,03%
Despesas de Transporte	2.067	7,30%
Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	1.809	6,39%
Salários e Encargos (odontólogo)	2.591	9,15%
Salários de outros profissionais de odontologia	1.959	6,92%
Material Odontológico	780	2,75%
Depreciação do Material Odontológico	262	0,92%
Salários e Encargos (outros)	3.104	10,96%
Total da Equipe Ampliada	28.322	100,00%

Distribuição dos Custos - Equipe Ampliada (57 equipes)





7.3. Custos Médios das Equipes por Região. Distribuição de Frequência dos Custos. Custos Médios Per Capita.

O Quadro 7.3.1. mostra as médias do custo total mensal das equipes, básicas e ampliadas, por região, bem como os custos mensais per capita, das equipes, básicas e ampliadas, por região.

O custo para o Brasil consta da última linha do quadro.

O custo médio mensal da equipe básica é de R\$ 17.903; o per capita é R\$ 5,11.

O custo médio mensal da equipe ampliada é de R\$ 28.322; o per capita é R\$ 7,99.

Os Quadros 7.3.2 e 7.3.3 apresentam as médias, os desvios-padrão, os máximos e os mínimos de cada componente de custo, por região, para equipes básicas e ampliadas. Vê-se que, de modo geral, as amplitudes e os desvios-padrão são consideráveis.

Para obter todos esses valores, foi efetuado um ajuste dos custos, motivado pela necessidade de levar em conta alguns custos não informados por certas equipes. Desconsideram-se os custos não informados de determinados itens (em branco nas planilhas do Anexo 4) e dividiu-se o somatório resultante pelo número de equipes que informaram o custo deste item específico. Os custos informados como zero foram tratados como se não tivessem sido informados, não influenciando o custo médio.

O resultado, reproduzido nos Quadros anteriores bem como na parte superior das Figuras 7.2.1 e 7.2.2, representa o custo médio de todas as equipes, básicas e ampliadas, respectivamente, bem como o valor médio dos seus componentes. Esses valores médios podem ser considerados como custos-padrão, pré-custos, ou “custos que deveriam ser”, para uma equipe básica e uma ampliada.

Foi calculado também o custo por atendimento. Para esse fim, somaram-se os custos de todas as equipes, básicas e ampliadas, que informaram o número médio de atendimentos mensais realizados e dividiu-se a soma desses custos por esse número de atendimentos. Obteve-se o custo unitário de R\$ 13,85 por atendimento. É alto, porque, de um lado, inclui os custos do atendimento odontológico e, de outro, porque nem todos os atendimentos realizados são registrados regularmente pelas equipes.

O Quadro 7.3.4 é a parte do banco de dados relativa à produção de equipes.

Quadro 7.3.1 - Custo médio mensal, por equipe e per capita, por região, do Programa de Saúde da Família

Média de Custo por Região (R\$)

Região		Municípios	Equipes					
			Básicas			Ampliadas		
			Qtde.	R\$	Per Capita	Qtde.	R\$	Per Capita
N	Norte	10	11	19.228	4,83	11	23.809	7,41
NE	Nordeste	11	22	16.954	5,10	10	23.568	6,78
SE	Sudeste	11	13	13.814	4,36	13	25.852	6,93
S	Sul	10	7	24.102	5,59	12	29.632	8,72
CO	Centro Oeste	9	8	19.674	6,24	11	35.805	9,25
BR	Brasil	51	61	17.903	5,11	57	28.322	7,99

As Figuras 7.3.1 e 7.3.2 mostram as distribuições de frequência dos custos das equipes básicas e ampliadas, para o País.

Os Quadros 7.3.3 e 7.3.4 mostram as distribuições de frequência dos custos per capita do atendimento das equipes básicas e ampliadas, para o País.



Figura 7.3.1

Distribuição de Frequência dos Custos das Equipes Básicas (61 Equipes Básicas)

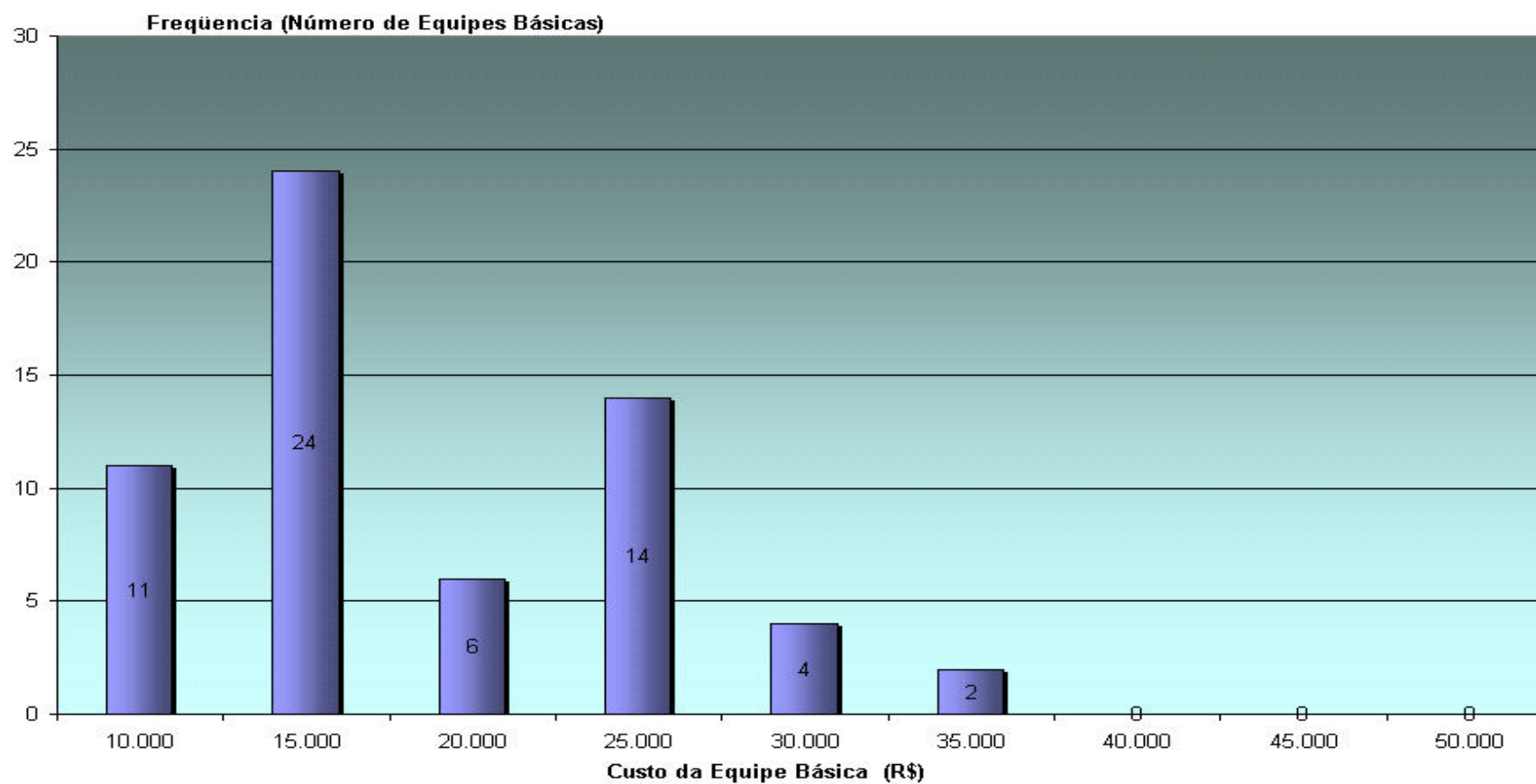
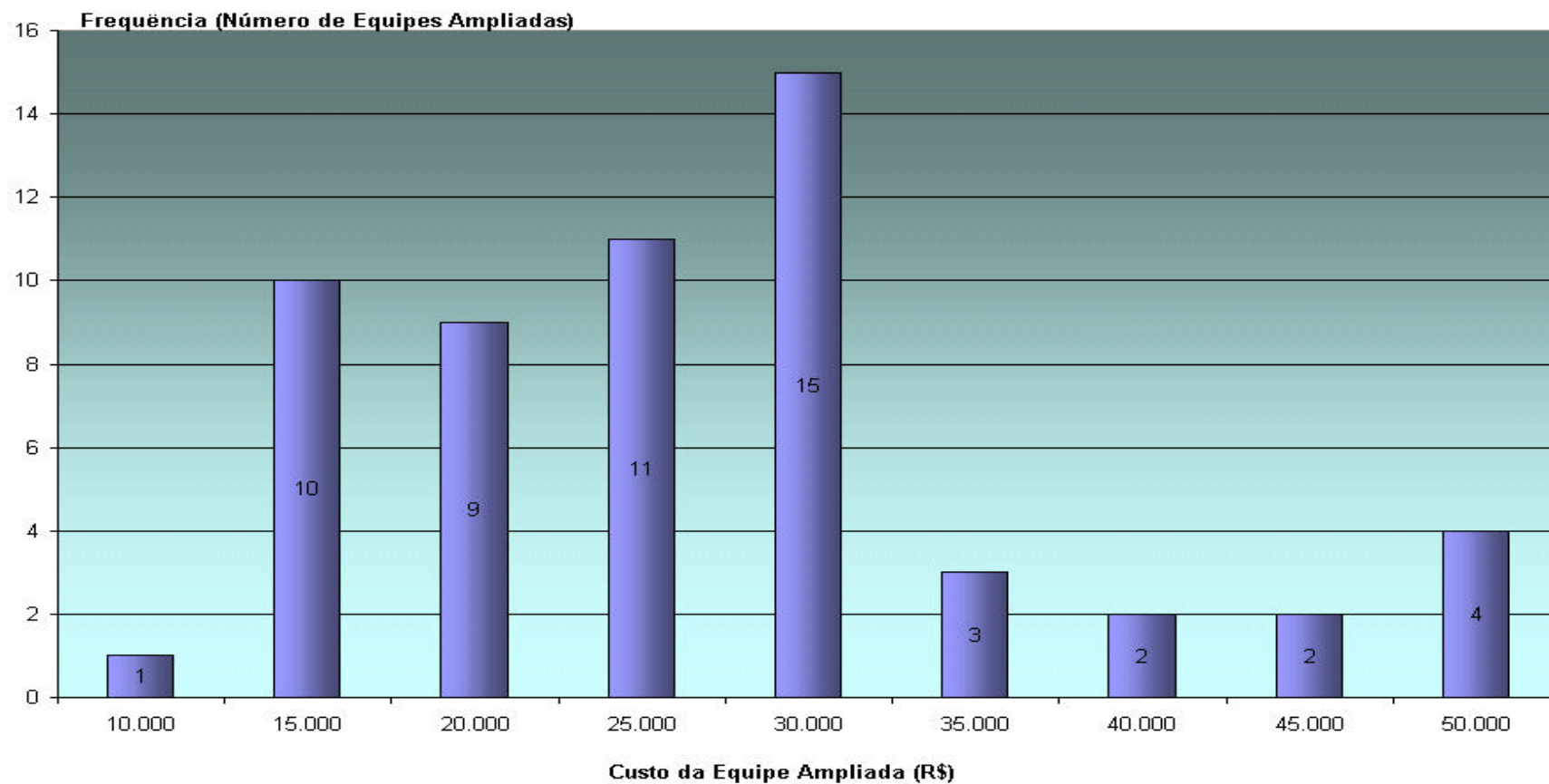




Figura 7.3.2

Distribuição de Frequência dos Custos das Equipes Ampliadas (57 Equipes Ampliadas)





Quadro 7.3.2
Média, Máximo, Mínimo e Desvio Padrão dos Componentes de Custo das Equipes Básicas

Região	Qtde. de Equipes	População Cadastrada da Equipe	Cálculo	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	Salários e Encargos (outros)	Total da Equipe Básica
NORTE	11	3.981	Média	7.404	2.610	135	876	424	1.290	2.247	3.831	412	19.228
			Máximo	12.768	6.530	482	3.575	1.078	3.341	4.950	6.616	1.131	28.489
			Mínimo	4.332	631	0	60	121	0	85	857	88	9.252
			Desvio Padrão	3.482	1.819	160	1.028	342	1.271	1.808	2.165	431	6.860
NORDESTE	22	3.327	Média	7.831	2.585	217	226	369	971	1.188	2.465	1.101	16.954
			Máximo	14.261	5.576	927	582	717	4.651	8.056	9.347	2.752	29.488
			Mínimo	5.099	366	41	18	65	70	0	240	85	9.402
			Desvio Padrão	2.285	1.685	217	155	237	1.097	2.511	2.554	819	6.262
SUDESTE	13	3.168	Média	8.077	1.163	155	688	124	599	1.288	1.341	379	13.814
			Máximo	9.636	2.546	361	6.060	284	1.169	8.132	2.702	712	23.281
			Mínimo	5.105	294	0	0	17	111	0	130	264	8.653
			Desvio Padrão	1.527	763	114	1.620	113	417	2.290	826	165	3.521
SUL	7	4.308	Média	11.149	3.330	175	348	403	1.866	3.086	3.620	126	24.102
			Máximo	17.709	6.193	495	544	840	2.485	7.856	7.633	252	32.710
			Mínimo	7.083	1.438	26	134	184	1.095	0	529	0	8.992
			Desvio Padrão	4.106	1.657	167	142	264	607	3.773	3.285	178	8.576
CENTROESTE	8	3.155	Média	9.284	1.500	475	579	470	1.336	2.098	3.147	785	19.674
			Máximo	12.868	4.169	1.874	1.216	712	2.612	8.728	4.644	1.059	23.734
			Mínimo	5.189	73	67	300	176	370	0	815	287	3.185
			Desvio Padrão	3.475	1.605	692	288	246	924	3.307	1.951	365	8.961
BRASIL	61	3.501	Média	8.347	2.248	211	509	349	1.132	1.688	2.685	735	17.903
			Máximo	17.709	6.530	1.874	6.060	1.078	4.651	8.728	9.347	2.752	32.710
			Mínimo	4.332	73	0	0	17	0	0	130	0	3.185



Quadro 7.3.3
Média, Máximo, Mínimo e Desvio Padrão dos Componentes de Custo das Equipes Ampliadas

Região	Qtd. de Equipes	População Cadastrada da Equipe	Cálculo	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Dep. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	Total da Parte Básica	Salários e Encargos (odontólogo)	Salários de outros profissionais de odontologia	Material Odontológico	Depreciação do Material Odontológico	Salários e Encargos (outros)	Total da Parte Ampliada	Total da Equipe Ampliada
NORTE	11	3.212	Média	7.417	2.213	687	863	551	2.832	2.915	1.912	19.389	1.590	239	965	264	1.382	4.428	23.809
			Máximo	12.191	12.231	3.840	4.164	1.080	5.394	6.222	3.380	29.557	2.378	239	1.737	566	5.714	5.714	36.354
			Mínimo	3.646	378	7	100	200	479	320	492	6.573	453	239	711	171	405	405	8.666
			Desvio Padrão	2.639	4.080	1.067	1.135	319	2.194	2.137	1.079	7.288	683		436	174	1.849	1.849	8.792
NORDESTE	10	3.478	Média	7.472	1.172	120	333	368	2.056	4.071	2.746	18.329	1.719	1.133	1.442	144	801	5.239	23.568
			Máximo	9.503	1.642	151	452	644	4.215	8.062	5.364	24.885	3.296	1.482	3.819	211	1.508	1.508	26.130
			Mínimo	4.666	767	80	126	211	369	140	240	8.067	350	441	85	73	245	245	11.339
			Desvio Padrão	1.748	339	29	151	248	1.362	4.024	2.451	5.908	1.121	689	1.636	62	479	479	6.424
SUDESTE	13	3.730	Média	11.323	1.092	153	632	504	1.666	1.318	1.761	18.448	2.246	736	790	412	3.218	7.404	25.852
			Máximo	15.016	1.837	537	1.719	1.824	2.849	5.328	3.420	26.961	5.370	938	2.068	763	12.865	12.865	33.842
			Mínimo	7.684	736	11	89	125	1.196	32	732	12.897	895	433	70	176	494	494	17.818
			Desvio Padrão	2.439	290	143	602	589	544	1.943	963	4.439	1.327	277	726	248	3.328	3.328	5.682
SUL	12	3.398	Média	11.257	2.126	765	519	811	1.220	1.729	1.478	19.865	3.698	3.125	404	215	2.325	9.728	29.632
			Máximo	18.001	4.931	4.127	1.424	1.674	3.973	5.079	6.613	30.290	7.169	5.982	847	314	3.924	3.924	43.321
			Mínimo	7.086	700	13	94	188	405	553	530	5.019	1.212	870	66	112	664	664	11.390
			Desvio Padrão	3.881	1.521	1.227	375	539	935	1.370	1.667	7.352	1.695	1.809	280	78	1.509	1.509	10.882
CENTROESTE	11	3.872	Média	16.470	1.134	285	295	941	1.251	491	1.658	22.526	3.604	2.443	470	198	6.955	13.279	35.805
			Máximo	22.651	2.594	542	508	2.601	2.394	986	3.417	22.651	5.769	3.748	815	311	14.111	14.111	46.288
			Mínimo	9.341	256	121	91	105	640	303	526	15.126	1.273	215	275	42	180	180	18.500
			Desvio Padrão	6.037	865	170	164	1.025	673	363	1.153	3.311	2.120	1.804	228	142	6.184	6.184	12.631
BRASIL	57	3.543	Média	10.958	1.560	420	963	653	1.707	2.067	1.809	19.627	2.591	1.969	780	262	3.104	8.696	28.322
			Máximo	22.651	12.231	4.127	4.164	2.601	5.394	8.062	6.613	30.290	7.169	5.982	3.819	763	14.111	14.111	46.288
			Mínimo	3.646	256	7	89	105	369	32	240	5.019	350	215	66	42	180	180	8.666
			Desvio Padrão	4.849	1.829	799	649	589	1.184	2.375	1.445	5.908	1.684	1.711	857	183	3.997	3.997	9.925



8. COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS

8.1. Custos Reais e Potenciais. Extrapolação dos Custos para 80 Milhões de Pessoas Assistidas.

Como resultado do trabalho, segundo exposto no Capítulo 7, foi obtido o custo real do atendimento por equipe básica per capita por mês, a nível nacional, em junho de 2000, de R\$5,11 (Quadro 7.3.1).

Por equipe ampliada, esse custo era de R\$ 7,99 (Quadro 7.3.1).

Existiam, em junho de 2000, 4.650 equipes cadastradas (*). Admitindo uma média de 3.450 pessoas cadastradas por equipe, o número total de pessoas atendidas era de : $4.650 \times 3.450 \cong 16$ milhões.

Se toda a população fosse atendida por equipes básicas, os custos mensal e anual seriam:

- Custo mensal: $R\$ 5,11 \times 16.000.000 = R\$ 81.760.000$
- Custo anual: $R\$ 12 \times 81.760.000 = R\$ 981.120.000$

Com equipes ampliadas, os valores seriam:

- Custo mensal: $R\$ 7,99 \times 16.000.000 = R\$ 127.840.000$
- Custo anual: $R\$ 12 \times 127.840.000 = R\$ 1.534.080$

O governo deseja atender a 80 milhões de pessoas até o final de 2002, o que exigiria a atuação de 23.188 equipes. A fim de calcular o custo potencial corretamente, será efetuada a extrapolação do custo per capita para uma população de 80 milhões de pessoas.

(*) De acordo com os dados do SIAB. O número de equipes atuantes é maior do que o número de equipes cadastradas. O objetivo do Ministério era ter 10.000 equipes até o final de 2000.



8.2. Custos Intermediários (básicos) e Custos Ampliados

Extrapolando os custos per capita para 80 milhões de pessoas, obtêm-se os seguintes custos potenciais de atendimento “intermediário” (básico) e atendimento “ideal” (ampliado).

- Custo intermediário (básico) mensal potencial:

$$\text{R\$ } 5,11 \times 80.000.000 = \text{R\$ } 408.800.000$$

- Custo intermediário (básico) anual potencial:

$$\text{R\$ } 12 \times 408.800.000 = \text{R\$ } 4.905.600.000$$

- Custo ideal (ampliado) mensal potencial:

$$\text{R\$ } 7,99 \times 80.000.000 = \text{R\$ } 639.200.000$$

- Custo ideal (ampliado) anual potencial:

$$\text{R\$ } 12 \times 639.200.000 = \text{R\$ } 7.670.400.000$$

Esses valores, recorde-se, incluem todos os custos e despesas, pois se tinha solicitado aos municípios que informassem todos os dispêndios, tais como, por exemplo, nos encargos sociais, o 13º mês rateado (isto é, um salário mensal rateado entre 12 meses), conforme consta no Manual de Apuração dos Custos do PSF, capítulo 5.1, p.10).



9. CONCLUSÃO

9.1. Resumo do Trabalho. Sumário dos Resultados Obtidos.

Os resultados obtidos neste trabalho indicam que o custo do Programa de Saúde da Família é condizente com o valor que a sociedade imaginava (*), ou seja, cerca de R\$5,00 por mês por pessoa assistida por uma equipe básica, o que corresponde a um custo de R\$ 18 mil por mês para a equipe; e de cerca de R\$ 8,00 por mês por pessoa assistida por uma equipe ampliada, correspondendo a um custo de cerca de R\$ 28 mil por mês para esse tipo de equipe. Os números são de junho 2000.

Extrapolando esses valores para 80 milhões de pessoas assistidas, ter-se –ia um custo de R\$ 4,9 bilhões anuais para a assistência básica e R\$ 7,7 bilhões por ano para a assistência ampliada.

Constatou-se que as diferenças regionais são tão acentuadas quanto as diferenças entre equipes do mesmo município e entre municípios da mesma região. Embora inspiradas num modelo comum, as equipes do PSF não são exatamente homogêneas em termos de salários ou de número de profissionais; não são fundidas no mesmo molde. O grau de controle administrativo dos recursos materiais explica também parte das diferenças existentes entre os custos das equipes.

Uma única cidade de grande porte no Sul e outra no Centro – Oeste fazem dessas regiões as mais caras do País em termos de assistência pelo Programa de Saúde da Família. De um modo geral, o Norte também aparenta ter custos maiores, sendo os menores custos no Nordeste e no Sudeste.

(*) JATENE, Adib, I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, Relatório Final (op.cit. nas Referências Bibliográficas): “ ... agentes, equipe de saúde da família e ambulatório de especialidades (1 para cada 20 ou 25 equipes) custa mais ou menos R\$ 5,00 por pessoa/mês. O que dá R\$ 60,00 por pessoa/ano. Eu estimo que precisamos montar esse modelo para 100 milhões de pessoas, o que significa R\$ 6 bilhões/ano.” (p.14)



Embora não pretendam ter garantia de precisão nos centavos, esses resultados fornecem indicações valiosas sobre o custo do Programa, no nível básico (“intermediário”) e ampliado (“ideal”), em 51 pontos do território nacional; e sobre o que ele custaria potencialmente se fosse extrapolado a 80 milhões de pessoas assistidas. São bastante precisos para que os gestores da política de saúde tomem decisões relativas ao emprego de recursos neste Programa.

9.2. Necessidade de se Manter Eficiente Estrutura de Custos nos Municípios

Os municípios realizaram esforços meritórios para preencher e entregar as planilhas de custos. Alguns possuíam um sistema bem montado para esse fim, outros tiveram que inovar e se desdobrar para fornecer os dados solicitados.

É necessário que todos os municípios possuam uma estrutura adequada para calcular seus custos, não somente do PSF, mas também dos demais programas de saúde e, quiçá, de suas atividades em geral.

É indispensável notadamente controlar e custear os medicamentos e outros materiais de consumo; os bens patrimoniais; os quilômetros rodados pelas viaturas; as despesas gerais. Esses controles são fáceis de implantar e manter e não custam praticamente nada.

O presente trabalho, pioneiro na determinação dos custos do PSF a nível nacional, poderá ser aperfeiçoado e estendido a todos ou à maioria dos municípios do País, usando-se a metodologia aqui exposta.



9.3. Novas Análises a Efetuar

O Banco de Dados usado na pesquisa, ora entregue em CD ao Ministério, permitirá aos seus técnicos efetuar novas análises cruzadas entre as variáveis que lhes pareçam ser relevantes.

9.4. Divulgação dos Resultados

O Consórcio coloca-se à disposição do Ministério para encontrar o melhor veículo de divulgação dos resultados deste trabalho, seja por meio de uma publicação, destinada, no mínimo, a proporcionar um feedback aos municípios que participaram da pesquisa, seja por meio de um seminário destinado aos que se interessam pela saúde pública.



10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• LEGISLAÇÃO SOBRE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E PSF

- *BRASIL*. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.886, de Dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, 22 de dezembro de 1997. Seção I.
- *BRASIL*, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1211, de outubro de 1999. Altera tetos financeiros nos Estados e DF. Diário Oficial da União. Brasília, 07 de outubro de 1999. Seção I.
- *BRASIL*, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1329 de novembro de 1999. Dispõe sobre o Programa de Saúde da Família – PSF. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de novembro de 1999. Seção I. p23.
- *BRASIL*, Ministério da Saúde. Portaria 1348 de novembro de 1999. Dispõe sobre o Programa de Saúde da Família – PSF. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de novembro de 1999. Seção I. p29.
- *BRASIL*, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.349 de novembro de 1999. Estabelece prazo de 90 dias e dispõe sobre Norma Operacional Básica. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de novembro de 1999. Seção 1. p. 30.
- *BRASIL*, Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1350 de novembro de 1999. Dispõe sobre incentivos financeiros ao Programa de Saúde da família. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de novembro de 1999. Seção 1. P.29.
- *BRASIL*, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1444 de dezembro de 2000. Dispõe sobre Funcionamento das Equipes de Odontologia. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de dezembro de 2000. Seção I.



- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 95 de janeiro de 2001. Dispõe sobre Norma Operacional da Assistência à Saúde. (NOA/SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 29 de janeiro de 2001.

- BIBLIOGRAFIA GERAL

- BRASIL, Ministério da Saúde, SIAB – Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, coordenação de Saúde da Comunidade, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Políticas de Saúde. Estimativas de Mortalidade Infantil por microregiões e municípios. Brasília, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Manual para Organização da Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde, I Seminário de Experiências Internacionais de Saúde da Família, Relatório Final, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – Atividades 1999, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, 26 a 28 de maio de 1999: Anais, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.



- BRASIL, Ministério da Saúde, Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Costa Neto, Milton Menezes da, org., Implantação da Unidade de Saúde da Família, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Caderno 1, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Costa Neto, Milton Menezes da org., Treinamento Introdutório, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Caderno 2, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Costa Neto, Milton Menezes da, org., Educação Permanente, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Caderno 3, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Costa Neto, Milton Menezes da, org., Atenção à Saúde do Idoso, Instabilidade Postural e Queda. Caderno 4, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, BONASSA, Elvis Cesar e Arruda Campos, Claudia Valentina de, org., Saúde mais Perto, os Programas e as Formas de Financiamento para os Municípios, Projeto Mais Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.



- DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. Os caminhos do PSF no Brasil. As cidades escrevendo suas histórias. Rio de Janeiro. N.21. p. 7-83. 2000
- MACHADO, M. H. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília. Ministério da Saúde. 2000. V. 1. Brasil e grandes regiões. 146 p.
- NEGRI, Barjas, “Atenção Básica: Financiamento, Descentralização e Equidade”, Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano 1 n.1, Nov.1999, Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Saúde da Família. Brasília. v.53. 2000. Número Especial.
- SERRA, José, “A Diversidade é a Maior Riqueza”, Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano 1 , N.1, Nov.1999, Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- SERRA, José, “ A Porta do Debate Está Aberta”, Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano 1, N.2., junho - julho 2000, Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- SOUSA, Heloísa Machado de, “ O Futuro Tecido no Presente” , Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano 1, N.1, Nov. 1999, Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- SOUZA, Renilson Rehem de, “ A População em Primeiro Lugar”, Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano 1, N.1, Nov.1999, Ministério da Saúde, Brasília, DF.



AGRADECIMENTOS E CRÉDITOS

Ao encerrar este Relatório, deixamos consignados nossos agradecimentos às equipes técnicas do Ministério da Saúde, do Reforsus e do Programa de Atenção Básica, que muito nos auxiliaram na realização do presente trabalho, em suas diversas fases.

Agradecemos aos municípios amostrados, nas pessoas dos Prefeitos, Secretários de Saúde, Coordenadores do Programa de Saúde da Família e ao pessoal administrativo, que, todos eles, forneceram, com a maior dedicação e considerável sacrifício pessoal, os dados básicos deste estudo.

Deve-se finalmente dedicar uma homenagem especial aos médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e demais elementos médicos e de apoio do Programa de Saúde da Família, que, nos grandes centros e nas mais remotas regiões do País, vão, com dedicação, nos Postos de Saúde e nos domicílios, atender às famílias, com o objetivo de prevenir a doença e preservar a saúde do povo brasileiro.



CRÉDITOS

EQUIPE TÉCNICA DO CONSÓRCIO

O trabalho de Determinação e Avaliação dos Custos do Programa de Saúde da Família foi realizado pela seguinte equipe técnica do Consórcio EPOS – FGV.

- Prof. Marcus Torquato Nardi de Oliveira, Representante Legal do Consórcio FGV – EPOS
- Dr. Walter Soellner, Coordenador Geral do Projeto
- Sr. João Borges, Diretor da EPOS
- Prof. Claude Machline, EAESP – FGV
- Claudia Valentina de Arruda Campos
- Enf^a Francisca das Graças Salazar Pinelli
- Dra. Marilena Gentili
- Maria Helena Marques Neves
- Ana Carolina Marotti Toselli
- Angela Maria do Carmo Vieira
- Daniela Griesi
- Fernanda Tiemi Kamiyama
- Maria Cristina Ferreira da Rocha Grohmann
- Marjorie Benegra
- Vânia Melo Rodrigues



O Sr. Laércio Monaro, Diretor da Consultraining, elaborou o banco de dados e cuidou da informatização dos elementos de custo.

A Professora Doutora Ana Maria Malik e os Professores Djair Picchiali, Marcus Fittipaldi e Wilson Bussab, da EAESP – FGV, contribuíram com valiosas sugestões na condução do projeto.

O Sr. Francisco Meireles proporcionou à equipe do Consórcio a visita num município no qual o Programa de Saúde da Família opera de forma modelar.



***MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROJETO REFORSUS - CNPq***

***“DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –
PSF”***

Anexo 1

**O Contrato de Consultoria. Termos de
Referência**

**DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF**



ANEXO 1

TERMOS DE REFERÊNCIA

Seleção de Firms Consultoras

1- Título dos Termos de Referência:

Contratação de Consultoria Técnica para Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família.

2- Localização do Plano de Trabalho:

Componente II do REFORSUS – Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde.

3- Data: (*)

4- Exposição do Problema (Diagnóstico):

Com a implantação da Norma Operacional Básica do SUS – NOB/SUS 01/96, no ano de 1998, ocorreram mudanças na forma de financiamento da implantação e implementação das unidades de saúde de família, que deixou de estar centrada na lógica de remuneração por produção de serviços prestados.

O novo modelo baseia-se na transferência de recursos financeiros da esfera federal para municipal, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Parte desses recursos se constitui no Piso de Atenção Básica, composto de uma parcela fixa, cujo cálculo se baseia num valor fixo per capita, e numa parcela variável, repassada a título de incentivo a ações de saúde definidas pelo Ministério da Saúde como prioritárias, e cuja base de cálculo varia de acordo com a natureza da ação incentivada.



O incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família está, hoje, definido em R\$ 28.000/ano por equipe básica (1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem), valor esse acrescido de R\$2.200/ano por agente comunitário de saúde integrante da equipe de saúde da família. Entretanto, a base de cálculo para definição desses valores não está lastreada por uma metodologia de avaliação de custos da equipe.

É importante ressaltar que o investimento da esfera federal no Programa não se limita ao montante repassado por meio do Piso de Atenção Básica. O Ministério da Saúde transfere a estados e municípios por meio de convênios, recursos destinados à aquisição de equipamentos para ampliar a resolutividade das equipes, além de desenvolver e financiar projetos voltados para formação e capacitação de recursos humanos, adequados aos princípios do PSF.

A inexistência de uma metodologia de avaliação de custo das equipes de saúde da família e, conseqüentemente, das unidades de saúde, tem dificultado a otimização dos recursos orçamentários destinados ao PSF e criado sérios problemas gerenciais, especialmente no âmbito municipal.

Observa-se, ainda, a falta de instrumentos sistematizados para coleta de dados de integração entre os diversos níveis gerenciais do Programa, o que torna os dados existentes inconsistentes com a análise do custo - efetividade das unidades de saúde da família e do próprio Programa. Isso conduz a que o planejamento considere estimativas e projeções, baseadas na população - alvo definida e em suas condições sócio - econômicas, que, com freqüência, não expressam a realidade das necessidades para uma determinada intervenção ou unidade de saúde.

Superar essas deficiências é o resultado que se espera da contratação de consultorias para execução deste projeto.



5- Objetivo(s) e resultado(s) final(ais) esperado(s) da(s) atividade(s) a ser(em) desenvolvidas pela consultoria

Objetivo Geral

Apurar o custo atual e potencial do conjunto de ações contempladas pelo Programa de Saúde da Família considerando dois padrões de atendimento. Um ideal, composto da atenção básica com apoio diagnóstico e atendimento ambulatorial por especialidade; e outro intermediário incluindo apenas apoio diagnóstico.^{1 2}

¹ Os mecanismos de referência e contra - referência direcionados para o atendimento especializado ou internação hospitalar deverão ser considerados na análise dos dois diferentes padrões de atendimento.

² É importante ressaltar que o apoio diagnóstico, no âmbito da básica, se constitui numa gama de exames laboratoriais e de imagem, cuja relação será fornecida a consultoria contratada.

Resultado(s) Esperado(s)

Considerando as diferenças regionais em seus aspectos demográficos e epidemiológicos e os diferentes padrões de atendimento e oferta de serviços, apresentar um relatório analítico contendo:

- a metodologia e as atividades realizadas para seleção dos municípios e para apuração e avaliação quantitativa dos custos atual e potencial do conjunto de ações contempladas pelo PSF;
- para os dois níveis de atendimento, tabelas com os custos atual e potencial da estrutura (postos de saúde, centros de saúde ou unidades básica de saúde), dos insumos e dos recursos humanos (equipe básica de saúde da família) utilizados na oferta de um conjunto de ações que atenda aos parâmetros programáticos e de cobertura definidos para o Programa de Saúde da Família.

6- Escopo do Trabalho

Os estudos acima devem ser realizados em (*) meses, sendo que resultados preliminares relativos à atividades 01 e 02, deverão ser apresentados em 60 dias após a data de assinatura do contrato.



ATIVIDADES

- 1- A partir do levantamento detalhado dos perfis demográfico, econômico e epidemiológico, selecionar uma amostra representativa de municípios, distribuídos em intervalos populacionais estatisticamente significativos, para as 5 (cinco) grandes regiões brasileiras;
- 2- Considerando um padrão de atendimento ideal, composto da atenção básica com apoio diagnóstico e atendimento ambulatorial por especialidade, e outro intermediário, incluindo apenas apoio diagnóstico, levantar e avaliar, para cada Município, a demanda atual e potencial pelos serviços enquadráveis no elenco de ações básicas no item anterior;
- 3- Avaliar a adequação da atual prestação de serviços à demanda potencial definida para os dois tipos de atendimento no elenco de ações básicas do PSF;
- 4- Com base na demanda atual e potencial e em padrões eficientes de atendimento, definir e quantificar a estrutura física (postos de saúde, centros de saúde ou unidades básica de saúde), os recursos humanos (equipe básica de saúde da família), e todos os outros insumos necessários à prestação dos serviços considerados nos mencionados padrões de atendimento;
- 5- Estimar, nos dois padrões de atendimento e conforme parâmetros eficientes de utilização de recursos, os custos atual e potencial da estrutura física (postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde), dos recursos humanos (equipe básica de saúde da família) e de todos os outros insumos necessários à prestação dos serviços enquadráveis no PSF.

7- Datas:

7.1.Data de início do trabalho: (*)

7.2.Data do término do trabalho: (*)

(*) As datas de início e término do trabalho, assim como sua duração, estão definidas no contrato.



***MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROJETO REFORSUS - CNPq***

***“DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –
PSF”***

Anexo 2

Relação de Procedimentos da Atenção Básica



Relação de Procedimentos da Atenção Básica

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
Grupo 1- Ações Executadas Por Profissionais De Enfermagem e Outros Profissionais De Saúde De Nível Médio		
APLICAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS		
1	Aplicação da vacina contra febre amarela (dose única)	01.011.00-6
2	Aplicação da vacina contra febre amarela (reforço)	01.011.01-4
3	Aplicação da vacina contra haemophilus influenzae tipo B (1a. dose)	01.011.02-2
4	Aplicação da vacina contra haemophilus influenzae tipo B (2a. dose)	01.011.03-0
5	Aplicação da vacina contra haemophilus influenzae tipo B (3a. dose)	01.011.04-9
6	Aplicação da vacina contra haemophilus influenzae tipo B (reforço)	01.011.05-7
7	Aplicação da vacina inativada contra poliomielite Salk (1a. dose)	01.011.06-5
8	Aplicação da vacina inativada contra poliomielite Salk (2a. dose)	01.011.07-3
9	Aplicação da vacina inativada contra poliomielite Salk (reforço)	01.011.08-1
10	Aplicação da vacina contra hepatite B (1a. dose)	01.011.09-0
11	Aplicação da vacina contra hepatite B (2a. dose)	01.011.10-3
12	Aplicação da vacina contra hepatite B (3a. dose)	01.011.11-1
13	Aplicação da vacina contra meningococo AC (dose única)	01.011.12-0
14	Aplicação da vacina contra meningococo DC (1a. dose)	01.011.13-8
15	Aplicação da vacina contra meningococo DC (2a. dose)	01.011.14-6
16	Aplicação da vacina contra meningococo C (dose única)	01.011.15-4
17	Aplicação da vacina contra raiva humana (1a. dose)	01.011.16-2
18	Aplicação da vacina contra raiva humana (2a. dose)	01.011.17-0
19	Aplicação da vacina contra raiva humana (3a. dose)	01.011.18-9
20	Aplicação da vacina contra raiva humana (4a. dose)	01.011.20-0
21	Aplicação da vacina contra raiva humana (5a. dose)	01.011.21-9
22	Aplicação da vacina contra raiva humana (6a. dose)	01.011.22-7
23	Aplicação da vacina contra raiva humana (7a. dose)	01.011.23-5
24	Aplicação da vacina contra raiva humana (8a. dose)	01.011.24-3
25	Aplicação da vacina contra raiva humana (9a. dose)	01.011.25-1
26	Aplicação da vacina contra raiva humana (10a. dose)	01.011.26-0
27	Aplicação da vacina contra raiva humana (reforço)	01.011.27-8
28	Aplicação da vacina contra rubéola – monovalente (dose única)	01.011.28-6
29	Aplicação da vacina contra sarampo (1a. dose)	01.011.29-4
30	Aplicação da vacina contra sarampo (reforço)	01.011.30-8
31	Aplicação da vacina contra influenza (1 dose anual)	01.011.31-6
32	Aplicação da vacina contra pneumococo (dose única)	01.011.33-2
33	Aplicação da vacina contra pneumococo (reforço)	01.011.34-0
34	Aplicação da vacina oral contra poliomielite – Sabin (1a. dose)	01.011.35-9
35	Aplicação da vacina oral contra poliomielite – Sabin (2a. dose)	01.011.36-7
36	Aplicação da vacina oral contra poliomielite – Sabin (3a. dose)	01.011.37-5
37	Aplicação da vacina oral contra poliomielite – Sabin (reforço)	01.011.38-3
38	Aplicação da vacina BCG (dose única)	01.011.39-1
39	Aplicação da vacina BCG em comunicante de hanseníase ou tuberculose	01.011.40-5
40	Aplicação da vacina BCG em comunicante de hanseníase ou tuberculose (reforço)	01.011.41-3
41	Aplicação da vacina dupla – DT tipo infantil (1a. dose)	01.011.42-1
42	Aplicação da vacina dupla – DT tipo infantil (2a. dose)	01.011.43-0
43	Aplicação da vacina dupla – DT tipo infantil (3a. dose)	01.011.44-8
44	Aplicação da vacina dupla – DT tipo infantil (reforço)	01.011.45-6
45	Aplicação da vacina dupla – DT tipo adulto (1a. dose)	01.011.46-4
46	Aplicação da vacina dupla – DT tipo adulto (2a. dose)	01.011.47-2
47	Aplicação da vacina dupla – DT tipo adulto (3a. dose)	01.011.48-0
48	Aplicação da vacina dupla – DT tipo adulto (reforço)	01.011.49-9
49	Aplicação da vacina contra tétano TT (1a. dose)	01.011.50-2
50	Aplicação da vacina contra tétano TT (2a. dose)	01.011.51-0



51	Aplicação da vacina contra tétano TT (3a. dose)	01.011.52-9
52	Aplicação da vacina contra tétano TT (reforço)	01.011.53-7
53	Aplicação da vacina tríplice bacteriana – DTP (1a. dose)	01.011.54-5
54	Aplicação da vacina tríplice bacteriana – DTP (2a. dose)	01.011.55-3
55	Aplicação da vacina tríplice bacteriana – DTP (3a. dose)	01.011.56-1
56	Aplicação da vacina tríplice bacteriana – DTP (reforço)	01.011.57-0
57	Aplicação da vacina tríplice viral – MMR (dose única)	01.011.58-8
	ATENDIMENTO INDIVIDUAL – POR PACIENTE	01.022.00
58	Administração de medicamentos (por pacientes)	01.022.01-6
59	Administração de medicamentos anti-tuberculose	01.022.02-4
60	Administração da poliquimioterapia/OMS para hanseníase	01.022.03-2
61	Assistência ao parto sem distócia por parteira(o)	01.022.04-0
62	Coleta de linfa para pesquisa de M. Leprae	01.022.05-9
63	Coleta de material para patologia clínica	01.022.06-7
64	Curativo (por paciente)	01.022.07-5
65	Inalação/nebulização	01.022.08-3
66	Mitsuda ID para hanseníase	01.022.09-1
67	Pesquisa de plasmódio – gota espessa	01.022.10-5
68	PPD ID para diagnóstico da tuberculose	01.022.11-3
69	Retirada de pontos de pequena cirurgia (por paciente)	01.022.12-1
70	Terapia de reidratação oral	01.022.13-0
	ATIVIDADES EM GRUPO	01.023.00-4
71	Atividade educativa na comunidade – nível médio (por grupo)	01.023.01-2
72	Atividade executada por agente comunitário de saúde do PACS	01.023.02-0
73	Atividade educativa na unidade – nível médio (por grupo)	01.023.03-9
74	Visita domiciliar por profissional de nível médio	01.023.04-7
Grupo 2- Ações Médicas Básicas		
	ASSISTÊNCIA AO PARTO POR MÉDICO/URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	02.011.00-0
75	Assistência ao parto domiciliar sem distócia por médico PSF	02.011.01-8
76	Consulta/atendimento de urgência em clínica básica com remoção	02.011.02-6
77	Consulta/atendimento de urgência em clínica básica	02.011.03-4
	CONSULTA MÉDICA/ATENDIMENTO EM ESPECIALIDADES BÁSICAS	02.012.00-6
78	Atendimento clínico para indicação e fornecimento de diafragma vaginal	02.012.01-4
79	Atendimento clínico para indicação e fornecimento e inserção de DIU	02.012.02-2
80	Consulta pré-natal	02.012.03-0
81	Consulta em clínica médica	02.012.04-9
82	Consulta em gineco-obstetrícia	02.012.05-7
83	Consulta em ginecologia	02.012.06-5
84	Consulta em pediatria	02.012.07-3
85	Consulta médica do PSF	02.012.08-1
86	Consulta médica domiciliar	02.012.09-0
87	Consulta médica para hanseníase	02.012.10-3
	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS BÁSICOS	02.021.00-5
88	Excisão/ sutura simples de lesões de pele ou mucosa	02.021.01-3
89	Frenectomia	02.021.02-1
90	Incisão e drenagem de abscesso	02.021.03-0
91	Retirada de corpo estranho das cavidades auditiva ou nasal	02.021.04-8
Grupo 3- Ações Básicas em Odontologia		
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS	03.011.00-3
92	Procedimentos coletivos	03.011.01-1
	CONSULTA ODONTOLÓGICA	03.021.00-9
93	Consulta odontológica - 1a. consulta	03.021.01-7
	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	03.022.00-5
94	Aplicação terapêutica intensiva com flúor (por sessão)	03.022.01-3
95	Aplicação de cariostático (por dente)	03.022.02-1
96	Aplicação de selante (por dente)	03.022.03-0
97	Controle da placa bacteriana	03.022.04-8
98	Escariação (por dente)	03.022.05-6
99	Raspagem, alisamento e polimento – RAP (por hemi-arcada)	03.022.06-4
100	Curetagem sub-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada)	03.022.07-2
101	Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente)	03.022.08-0
	DENTÍSTICA	03.031.00-4
102	Capeamento pulpar direto em dente permanente	03.031.01-2



103	Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório	03.031.02-0
104	Restauração a pino	03.031.03-9
105	Restauração com amálgama de duas ou mais faces	03.031.04-7
106	Restauração com amálgama de uma face	03.031.05-5
107	Restauração com compósito de duas ou mais faces	03.031.06-3
108	Restauração com compósito de uma face	03.031.07-1
109	Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal	03.031.08-0
110	Restauração com silicato de duas ou mais faces	03.031.09-8
111	Restauração com silicato de uma face	03.031.10-1
112	Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces	03.031.11-0
113	Restauração fotopolimerizável de uma face	03.031.12-8
	ODONTOLOGIA CIRÚRGICA BÁSICA	03.041.00-0
114	Exodontia de dente decíduo	03.041.01-8
115	Exodontia de dente permanente	03.041.02-6
116	Remoção de resto radicular	03.041.03-4
117	Tratamento de alveolite	03.041.05-0
118	Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência	03.041.06-9
119	Ulotomia	
Grupo 4- Ações Executadas P/ Outros Prof. De Nível Superior		
	ATENDIMENTO/CONSULTA	04.011.00-7
120	Assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstétrico	04.011.01-5
121	Atividade educativa na comunidade – nível superior	04.011.02-3
122	Atividade educativa na comunidade – nível superior (por grupo)	04.011.03-1
123	Consulta/ atendimento por enfermeiro	04.011.04-0
124	Consulta/ atendimento por outro profissional de nível superior	04.011.05-8
125	Consulta/ atendimento domiciliar por enfermeiro	04.011.06-6
126	Consulta/ atendimento domiciliar por outro profissional de nível superior	04.011.07-4
	ATIVIDADES EXECUTADAS P/ PROF. ENFERMEIROS NO PACS/PSF	04.012.00-3
127	Atividade educativa na comunidade – PACS/PSF (por grupo)	04.012.01-1
128	Consulta/ atendimento de enfermeiro na unidade - PACS/PSF	04.012.02-0
129	Consulta/ atendimento domiciliar por enfermeiro - PACS/PSF	04.012.03-8
Grupo 5- Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária		
	INSPEÇÃO SANITÁRIA EM DEPÓSITOS	05.011.00-0
	INSPEÇÃO SANITÁRIA EM EMPRESAS DE TRANSPORTE E DISTRIBUIDORAS	05.012.00-7
	INSPEÇÃO SANITÁRIA EM COMÉRCIO	05.013.00-3
	INSPEÇÃO SANITÁRIA EM SERVIÇOS RELACIONADOS À SAÚDE	05.015.00-6
	INSPEÇÃO SANITÁRIA EM SERVIÇOS ESPECÍFICOS	05.016.00-2
	INSPEÇÃO SANITÁRIA EM LOCAIS DE USO PÚBLICO/RESTRITO	05.017.00-9
	COLETA DE AMOSTRA DE PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS	05.021.00-6
	EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	05.031.00-1



ANEXO 1 NOAS SUS 01/2001

Responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica

I. Controle da tuberculose

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR)
Diagnóstico clínico de casos	Exame clínico de SR e comunicantes
Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico	Realização ou referência para Baciloscopia
Cadastramento dos portadores	Realização ou referência para exame radiológico em SR c/ baciloscopias negativas (BK -)
Tratamento dos casos BK+ (supervisionado) e BK (auto-administrado)	Alimentação e análise dos sistemas de informação
	Tratamento supervisionado dos casos BK+
	Tratamento auto-administrado dos casos BK -
	Fornecimento de medicamentos
	Atendimentos às intercorrências
	Busca de faltosos
Medidas preventivas	Vacinação com BCG Pesquisa de Comunicantes
	Quimioprofilaxia Ações educativas

II. Eliminação da Hanseníase

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Dermatológicos entre usuários
Diagnóstico clínico de casos	Exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos Classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento Supervisionado dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar
	Avaliação dermato-neurológica
	Fornecimento de medicamentos
	Curativos
	Atendimento de intercorrências
Controle das incapacidades físicas	Avaliação e classificação das incapacidades físicas Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades
	Atividades Educativas
Medidas preventivas	Pesquisa de comunicantes
	Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase
	Prevenção de incapacidades físicas
	Atividades Educativas



III. Controle da Hipertensão

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários
Tratamento dos casos	Visita domiciliar
	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar
	Fornecimento de medicamentos
	Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares
	Realização ou referência para ECG
	Realização ou referência para RX de tórax
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações
	Acompanhamento domiciliar
	Fornecimento de medicamentos
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações

IV. Controle do Diabetes Mellitus

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação
Busca ativa de casos	Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar
	Educação terapêutica em Diabetes
	Fornecimento de medicamentos
	Curativos
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações
	Realização ou referência para ECG
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências
	Acompanhamento domiciliar
	Agendamento do atendimento
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária)
	Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias)
	Ações educativas para auto-aplicação de insulina



V. Saúde da Mulher

Responsabilidades	Atividades
Pré-Natal	Diagnóstico de gravidez Cadastramento de gestantes no 1º trimestre Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso Acompanhamento de Pré-Natal de Baixo Risco Vacinação anti-tetânica Avaliação do Puerpério Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina Alimentação e análise de sistemas de Informação Atividades Educativas para promoção da saúde
Prevenção de Câncer de colo de útero	Rastreamento de Câncer de colo de útero Coleta de material para exame de citopatologia Realização ou referência para exame citopatológico
Planejamento familiar	Alimentação dos sistemas de informação Consulta médica e de enfermagem Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais Realização ou referência para exames laboratoriais

VI. Saúde da Criança

Responsabilidades	Atividades
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do SISVAN
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de Rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação
Assistências às doenças prevalentes na infância	Assistência às IRA em menores de 5 anos Assistência às doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (programada e negociada, com mecanismos de regulação) Realização ou referência para exames laboratoriais



VII. Saúde Bucal

Responsabilidades	Atividades
PREVENÇÃO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Procedimentos Coletivos: -levantamento epidemiológico -Escovação supervisionada e evidencição de placa -Bochechos com flúor
Cadastramento de usuários	Educação em Saúde Bucal
TRATAMENTO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Alimentação e análise de sistemas de informação
Atendimento a urgências odontológicas	Consulta e outros procedimentos odontológicos
	Consulta não agendada

ANEXO 2 NOAS SUS 01/2001

Elenco de Procedimentos da Atenção Básica Ampliada a serem acrescentados aos da relação atual de Atenção Básica, financiada pelo PAB

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
	ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DO PSF DE PESSOA ACAMADA	
	Grupo 07 Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
131	ATEND. MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO BOX-HORA (MÁX. 8 H)	07.011.05-9
	ATEND. ESPECÍFICO P/ ALTA DO PACIENTE EM TRAT. AUTOADMINISTRADO	
132	ATEND. ESPECÍFICO PARA ALTA DO PACIENTE EM TRAT. SUPERVISIONADO	07.011.06-7
136	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS GLICEMIA CAPILAR	07.031.03-3
137	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS GLICOSÚRIA	07.031.04-1
138	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS CETONÚRIA	07.031.05-0
139	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	07.051.01-8
	Grupo 08- Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
*	DEBRIDAMENTO E CURATIVO ESCARA OU ULCERAÇÃO	08.011.07-9
*	SUTURA DE FERIDA DE CAVIDADE BUCAL E FACE	08.011.31-1
141	EXERESE DE CALO	08.011.34-6
142	CURATIVO COM DEBRIDAMENTO EM PÉ DIABÉTICO	08.012.02-4
*	REDUÇÃO MANUAL DE PROCIDÊNCIA DE RETO	08.021.11-2
*	REMOÇÃO MANUAL DE FECALOMA	08.021.12-0
149	PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTE COM PEQUENA QUEIMADURA	08.151.01-6
150	CURATIVO DE PEQUENA QUEIMADURA (ATÉ 10% DA S.C.) SEM ANESTESISTA	08.151.03-2
	Grupo 10- Ações Especializadas em Odontologia	
*	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE DUAS OU MAIS FACES	10.011.01-3
*	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE UMA FACE	10.011.02-1
*	NECROPULPECTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE	10.041.01-0
*	GLOSSORRAFIA	10.051.15-
*	ULECTOMIA	10.051.36-8
	Grupo 11 Patologia Clínica	
	GRAVIDEZ, TESTE IMUNOLÓGICO (LÁTEX)	11.061.31-6
	Grupo 17- Diagnose	



225	ELETROCARDIOGRAMA	17.031.01-0
Grupo 19- Terapias Especializadas (por Terapia)		
228	TRAT.CURATIVO-ÚLCERAS DE ESTASE E NECROSE DE EXTREMIDADES (SESSÃO)	19.021.02-0
229	CALOSIDADE OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)	19.042.01-9

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível "ampliado" deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.



***MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROJETO REFORSUS - CNPq***

***“DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –
PSF”***

Anexo 3

**Manual de Apuração dos Custos do
Programa de Saúde da Família**



ANEXO 3

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MANUAL DE APURAÇÃO DOS CUSTOS DO P.S.F.

Este manual contém instruções para a apuração dos custos do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

É composto de cinco capítulos.

Capítulo 1: Introdução

Capítulo 2: Esclarecimentos sobre Custos do P.S.F.

Capítulo 3: Preenchimento do Questionário Geral

Capítulo 4: Instruções para Seleção das Equipes

Capítulo 5: Preenchimento das Planilhas de Custos

Anexo A: Questionário Geral

Anexo B: Planilhas de Apuração de Custos



Capítulo 1 : Introdução

Apresentamos aqui algumas importantes considerações sobre os objetivos do levantamento de custos e condições de sua realização.

1.1 Metas do Projeto de Apuração de Custos

O Ministério da Saúde (M.S.) necessita conhecer os custos das equipes do PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (P.S.F.) a fim de avaliar as despesas que ocorrerão da extensão do programa a um maior número de municípios do País.

1.2 Seleção de Municípios para Apuração dos Custos

Este município foi selecionado, entre os 1299 municípios que possuem equipes de P.S.F. atuando há mais de um ano, desde julho de 1999, e, portanto bastante “consolidadas” para serem representativas.

Outros critérios de seleção foram a percentagem de cobertura do programa e a reputação do município quanto à efetividade de seu trabalho no P.S.F.

1.3 Período de Apuração dos Custos

O período de apuração dos custos do P.S.F. é o segundo trimestre do ano em curso. Deverão ser levantados em separado os custos de cada mês: abril, maio e junho de 2.000.

1.4 Colocação do Enfoque nos Custos Reais

O Ministério deseja que se levantem os custos reais. Os dados deverão ser obtidos a partir de documentos oficiais, tais como folha de pagamento, demonstrativos contábeis, relações de receitas e despesas, planilhas de produção e outros comprovantes.

1.5 Sistema de Apuração de Custos no Município

É possível que não se encontre no município um sistema de contabilidade e, sobretudo, de contabilidade de custos, que permita a apuração precisa dos custos do P.S.F.

As planilhas anexas a este Manual prevêem essa situação e indicam os procedimentos a ser adotados nesse caso.



1.6 Custos e Desembolsos

Convém observar a distinção entre custos e desembolsos de numerário.

Medicamentos, por exemplo, ainda que fornecidos pela União ou pelo Estado, representam um custo do P.S.F. quando entregues à população ou usados no tratamento dos pacientes.

A folha de pagamento do mês de junho de 2000 constitui o custo do pessoal do mês de junho, embora o pagamento (desembolso) seja efetuado em julho. Portanto, o regime de “competência” e não de “caixa” deve prevalecer no cálculo dos custos.

1.7 Custos de Implantação e Divulgação do P.S.F

Não será necessário apurar os custos de implantação, tais como treinamento das equipes, nem os da divulgação do programa, tais como folhetos distribuídos à comunidade.

Esses custos são conhecidos pelo Ministério, não precisando ser calculados pelo Município.

O Ministério contratou o consórcio FGV – EPOS para assessorá-lo no levantamento dos custos do P.S.F.

Técnicos do consórcio estarão à disposição dos Prefeitos e dos seus Secretários de Saúde ou assessores e coordenadores para esclarecer quaisquer dúvidas relativas ao levantamento dos custos em tela.

Completado o trabalho final de tabulação e análise dos dados de custos recebidos, cada Município receberá os resultados, relativos ao custo total mensal do P.S.F. e ao seu custo por habitante coberto.

O êxito do projeto depende do cuidado com que fornecer os dados solicitados. Contamos com a sua colaboração.



Capítulo 2 : Esclarecimentos Sobre Custos do P.S.F.

Os custos do P.S.F. são constituídos pelo conjunto de todos os gastos do programa, independentemente das fontes de financiamento.

Embora em muitas situações seja conveniente dividir os custo entre fixos e variáveis, ou entre operacionais e administrativos, no caso do P.S.F. é conveniente dividi - los, para maior clareza, entre diretos e indiretos.

2.1 Custos Diretos do P.S.F.

Estes são os custos que se podem atribuir sem qualquer dúvida ao programa focado. Exemplos são os salários e contribuições sociais dos membros das equipes engajadas no P.S.F.

Esses custos diretos do P.S.F. dividem-se por sua vez em duas categorias.

2.1.1 Custos diretamente atribuíveis a uma equipe específica do P.S.F. Exemplo: salários do médico, da enfermeira, do agente comunitário da equipe em foco; aluguel de prédio usado por uma só equipe.

2.1.2 Custos não diretamente atribuíveis a uma só equipe, mas apenas ao conjunto do programa P.S.F. como um todo. Exemplos: aluguel de prédio usado em comum por várias equipes do P.S.F. Se o prédio for usado em comum por três equipes do P.S.F., o custo desse item para cada equipe será considerado um terço do aluguel total.

Posto que o M.S. precisa conhecer o custo de uma equipe individualizada típica, será necessário, na apuração, identificar os custos diretos individuais da equipe e os custos diretos comuns a várias equipes, a fim de repartir esses últimos entre eles.

Por insuficiência de controles rigorosos, um elevado número de custos, que, por sua natureza, são diretos, específicos de uma equipe, acabarão sendo comuns a várias equipes. Será o caso, provavelmente, do consumo de medicamentos, materiais de enfermagem e de muitos outros insumos. Os custos dos recursos somente poderiam ser atribuídos à equipe que os utilizou, se existissem minuciosas requisições de materiais e um controle de estoque efetivo.



Neste caso, os custos dos insumos deverão ser apurados coletivamente para o programa e atribuídos às equipes proporcionalmente ao número de atendimentos realizados por cada equipe no mês.

2.2 Custos Indiretos do P.S.F.

Esses são os custos do P.S.F. que, por serem comuns a outros programas da Secretaria da Saúde ou de outras Secretarias da Prefeitura, não podem ser atribuídos diretamente ao P.S.F. Se o uso desses recursos comuns fosse perfeitamente controlado, seu custo seria direto. A inexistência ou impossibilidade de controle obrigam a ratear esses custos compartilhados.

Um exemplo é fornecido pela utilização das viaturas oficiais. Se cada equipe dispusesse de viatura própria, esse custo seria direto. Como a ambulância, o jeep ou a perua são usados por várias equipes e, mesmo, para muitas outras atividades, o custo do motorista, combustível, pneu, lavagem, peças, depreciação e oficina deverá se “rachado” entre os usuários, de acordo com uma estimativa, se possível na base de quilômetros rodados por cada um, ou de horas de utilização.

Da mesma forma, custos indiretos são os da informática da Secretaria de Saúde do município, que devem ser rateados entre o P.S.F. e os demais programas de saúde do município, conforme explicado em 5.6.

Todos os custos administrativos do município devem ser calculados e rateados entre as Secretarias e, por sua vez, entre os programas e atividades de cada Secretaria, de acordo com uma estimativa razoável de utilização dos recursos em apreço.



Capítulo 3: Preenchimento do Questionário Geral

O questionário geral, reproduzido no Anexo A, refere-se a dados básicos do Município: equipes do P.S.F. e suas características, nível de cobertura, existência de equipes urbanas e rurais, equipes básicas e ampliadas.

Como, além do custo do P.S.F. por equipe e por habitante coberto, o M.S. deseja conhecer o custo unitário por atendimento, bem como as fontes de financiamento, são solicitadas informações sobre a produção das equipes amostradas nos três meses focados (abril, maio, junho de 2000) que o Município fornece nos relatórios PMA2 ou PMA4 do SIAB – Sistema de Informação Básica, bem como informações orçamentárias, financeiras e contábeis do Município.

Embora somente se pretenda analisar os custos de um pequeno número de equipes do P.S.F., em cada município analisado, o questionário geral requer dados sobre todas as equipes, o que virá facilitar a escolha adequada das equipes a ser estudadas, conforme exposto no Capítulo 4.



Capítulo 4: Instruções Para Seleção das Equipes

Cada município selecionado para o projeto de levantamento dos custos do P.S.F., terá que decidir quais equipes, dentro de critérios relacionados a seguir, escolher para determinação dos seus custos.

4.1 Municípios que só possuem Equipes Básicas do P.S.F.

4.1.1 Número de equipes a estudar

O seguinte número de equipes deverá ser selecionado para estudo, de acordo com a população do município:

Caso	População	Procedimento
Caso 1	Até 10.000 habitantes	Escolher todas as equipes
Caso 2	De 10.000 a 30.000 habitantes	Escolher no mínimo 2 equipes e, no máximo, 50% das equipes
Caso 3	Mais de 30.000 habitantes	Escolher, no mínimo, 2 equipes e no máximo 10% das equipes (arredondando para cima)

4.1.2 Critérios para seleção das equipes

No caso 1, todas as equipes existentes serão estudadas. Nos casos 2 e 3, as seguintes situações poderão ocorrer:

- a) Algumas equipes são urbanas, outras rurais.
- b) Só existem equipes urbanas.
- c) Só existem equipes rurais.
- d) O município não estabelece distinção entre atendimento urbano e rural.



Na situação a), convém selecionar equipes urbanas e rurais, na proporção de 50% - 50%, ou, caso isso não for viável, na proporção que mais se aproxima dessa, a fim de se poder comparar os custos dos atendimentos urbano e rural.

Nas situações b) e c), todas as equipes selecionadas serão b)urbanas ou c) rurais.

Na situação d) o critério urbano ou rural não será levado em conta.

Antes de se proceder à seleção das equipes, o município deverá excluir às que, por diversos motivos, não apresentaram, no segundo trimestre de 2000, a produção esperada. Dentre as equipes “válidas”, a seleção final deverá ser efetuada por sorteio.

4.2 Municípios que Possuem Equipes Ampliadas

Nos municípios que possuem equipes ampliadas, isto é, equipes que, além de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, contam com outro profissional de nível superior (odontólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social ou outro), as regras expostas em 4.1 aplicam-se igualmente. Deverá ser dada preferência, em todos os casos e situações, ao estudo das equipes ampliadas.

Segue abaixo o modelo das planilhas, Figuras 1, 2 e 3, que devem ser preenchidas nesta fase do trabalho de levantamento de custos do P.S.F. Estas planilhas fazem parte do arquivo, em Excel, denominado “Anexos”.

Figura 1

							
ANEXO A QUESTIONÁRIO GERAL (CONTINUAÇÃO)							
LISTA DAS EQUIPES DE P.S.F. DO MUNICÍPIO							
Número de identificação da Equipe	Mês e Ano de Início da Operação	Nome do médico Responsável	CRM	Número de pessoas cadastradas	Indique se a equipe é básica/completa (b) ou ampliada (a)	Indique se a equipe é urbana (u) ou rural (r)	Observações
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Figura 2



MUNICÍPIO DE

BETULIO VARZEA





ANEXO A - QUESTIONÁRIO GERAL (CONTINUAÇÃO)

8. Indique a composição de cada equipe, básica/ completa ou ampliada, anotando o número de profissionais atuando em cada equipe. Use o mesmo número de identificação da questão 7.

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DO P.S.F.

Número de identificação da equipe	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	Agente Comunitário de Saúde	Odontólogo	Psicólogo	Assistente Social	Nutricionista	Outros Profissionais da Área Médica	Outros Profissionais Administrativos
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
Comentários:										

Figura 3

[illegible]



Capítulo 5: Preenchimento das Planilhas de Custos

São as seguintes as planilhas de custos a preencher, para cada equipe analisada, básica (completa) ou ampliada, urbana ou rural.

Os jogos de planilhas a ser preenchidas para cada equipe são em número de três, sendo uma para cada mês estudado, isto é, abril, maio e junho de 2.000.

- 5.1 Planilhas de salários e encargos sociais
- 5.2 Planilhas de medicamentos e vacinas
- 5.3 Planilhas de material e equipamento de enfermagem e odontologia
- 5.4 Planilha de exames realizados pelo P.S.F.
- 5.5 Planilha de despesas de transporte
- 5.6 Planilha de despesas administrativas, serviços diversos e despesas gerais
- 5.7 Planilha da soma dos custos da equipe

5.1 Planilhas de Salários e Encargos Sociais

O preenchimento destas duas planilhas representadas nas Figuras 4 e 5 deve ser efetuado com o maior cuidado, pois os salários e encargos constituem a maior parcela dos custos de uma equipe de atenção à saúde básica. Qualquer erro de preenchimento distorceria consideravelmente os custos das equipes.

Em princípio, os membros da equipe são alocados em tempo integral a uma só equipe do P.S.F. Entretanto, como é importante conhecer o regime de trabalho do profissional, indique, na coluna (2), o número de horas semanais que ele trabalha na equipe. Por exemplo, escreva: 20, caso ele trabalhe 20 horas por semana na equipe; escreva 40, se ele for contratado para trabalhar 40 horas por semana na equipe; escreva 30, se o regime de trabalho do profissional for de 30 horas por semana; e assim por diante, para outros regimes de trabalho na equipe.

Os salários pagos, coluna (3), são brutos, isto é, incluem os descontos (IRRF, INSS, ISS e outros tributos) que serão deduzidos desse bruto, correspondendo, pois, aos custos dos municípios com essa rubrica.

Encargos sociais (FGTS, INSS patronal, 13º mês rateado) constarão na coluna (4). Benefícios sociais, tais como cesta básica, vale transporte ou vale refeição, constarão da coluna (5), pelo total.

Na coluna (6), anotar o total de abonos e incentivos atribuídos ao mês em foco e devidos ao profissional.

Na coluna (7), somem-se as colunas (3), (4), (5) e (6) da linha correspondente.

Na linha indicada “total”, somem-se os valores das linhas das colunas correspondentes.

Ponha um traço, sempre que uma célula estiver vazia, por não ter componente correspondente a esse tipo de profissional e a essa rubrica de custo.

Na última coluna, (8), indique o regime de contratação de cada componente da equipe. Pode ser um dos seguintes: CLF (estatutário), CLT, autônomo, temporário, cooperado, ou, ainda, algum outro, a indicar, tal como comissionado, estagiário ou em experiência.

Segue abaixo o modelo das planilhas, Figuras 4 e 5, que devem ser preenchidas nesta fase do trabalho de levantamento de custos do P.S.F. Estas planilhas fazem parte do arquivo, em Excel, denominado “Anexos”.

Figura 4

FUNDAÇÃO
GETÚLIO VARGAS

EPOS
Health Consultants

ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

5.1. Planilha de Salários e Encargos Sociais

Equipe do S.P.F. nº [] [] []

Município Nome: _____

Município (código) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

UF: [] []

Mês: [] []

Ano: [] [] [] []

FOLHA 1

1. Componentes da Equipe	2. Horas semanais de trabalho	3. Salários pagos (brutos) (R\$)	4. Encargos Sociais mensais (R\$)	5. Benefícios Sociais (R\$)	6. Outros Proventos (abonos, incentivos) (R\$)	7. Total (3) + (4) + (5) + (6) (R\$)	8. Regime de Contratação	9. Observações
Médico								
Médico								
Enfermeiro								
Enfermeiro								
Auxiliar de Enfermagem								
Auxiliar de Enfermagem								
Agente Comunitário 1								
Agente Comunitário 2								
Agente Comunitário 3								
Agente Comunitário 4								
Agente Comunitário 5								
Agente Comunitário 6								
Agente Comunitário 7								
Agente Comunitário 8								
Agente Comunitário 9								
Agente Comunitário 10								
Agente Comunitário 11								
Motorista								
Outros								
TOTAL 1								

Data de preenchimento da planilha: ____/____/____

Nome do funcionário responsável: _____

Fonte de Dados: _____

Figura 5

ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

5.1. Planilha de Salários e Encargos Sociais

Município Nome: _____ Equipe do P.S.F. n°: [] [] []
 UF: [] [] Município (código): [] [] [] [] [] [] [] []
 Mês: [] [] Ano: [] [] [] []

FOLHA 2

1. Componentes da Equipe	2. Horas semanais de trabalho	3. Salários pagos (brutos) (R\$)	4. Encargos Sociais mensais (R\$)	5. Benefícios Sociais (R\$)	6. Outros Proventos (abonos, incentivos) (R\$)	7. Total (3) + (4) + (5) + (6) (R\$)	8. Regime de Contratação	9. Observações
Odontólogo								
Odontólogo								
Assistente social								
Psicólogo								
Nutricionista								
Outros prof da área médica								
Outros prof da área adm.								
Total 2								
Total 1+ 2								

Data de preenchimento da planilha: [] / [] / []
 Nome do funcionário responsável: _____ Fonte de Dados: _____
 Assinatura: _____

Alguns casos especiais poderão ocorrer, notadamente os seguintes:

- 1 A planilha prevê possibilidade de existirem até dois médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem na equipe. Se houver maior número, indique os valores correspondentes no espaço: “observação”.
- 2 O profissional pode estar recebendo, para seu trabalho na equipe, de diversas fontes, além da Prefeitura. Anote essa circunstância, no espaço: “observações” e, se possível, indique os valores correspondentes.
- 3 O profissional pode estar comissionado para trabalhar na equipe do P.S.F. Neste caso, é necessário indicar, nas colunas (3) e (4), o salário recebido no cargo que ocupa e os encargos correspondentes.

Outros casos especiais serão objeto de observação no espaço inferior da planilha.¹

¹ Note –se que a planilha 5.1. Folha 1 (Figura 4) é acompanhada de segunda planilha, 5.1. Folha 2 (Figura 5), que deve ser usada para anotar as despesas salariais e previdenciárias dos profissionais adicionais, correspondentes à equipe “ampliada”, isto é, odontólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista ou outro profissional.



5.2 Planilha de Medicamentos e Vacinas

As planilhas de medicamentos e vacinas 5.2 permitem anotar todos os medicamentos e vacinas usados pela equipe do P.S.F. durante o mês enfocado, seja na aplicação aos pacientes durante o atendimento, seja os doados aos pacientes a cargo da equipe para tratamento posterior.

A coluna (1) refere-se ao nome “genérico” ou princípio ativo do medicamento, por exemplo, vacina anti-pólio - SABIN. A coluna (2) refere-se às especificações técnicas do item, tal como dosagem, concentração, hidratação, solubilidade ou outra característica. A coluna (3) diz respeito à unidade ou apresentação utilizada, por exemplo, comprimido, gota, ampola, frasco – ampola, cápsula, grama, ml e assim por diante.

Na coluna (4) consta o preço unitário pago pelo município na aquisição do medicamento. O valor mais correto é o preço médio ponderado do medicamento comprado; se for difícil calcular esse preço médio, o preço pago na última compra é um valor aceitável. Trata-se do preço “posto município”, isto é, inclui o frete e, se for o caso, imposto.

Caso o município receba parte ou totalidade dos medicamentos e vacinas do Ministério da Saúde, da Unidade da Federação ou de outra fonte pública, indique na coluna (4) o preço que consta da nota fiscal de transferência ou deixe a célula em branco, para ser posteriormente preenchida por um valor a ser fornecido pela Coordenação do Projeto em São Paulo, a partir de informação obtida no M.S. ou na Secretaria da Saúde do Estado em questão.

Na coluna (5) deve-se lançar o número das unidades consumidas no mês. A coluna (6) é o custo dos medicamentos consumidos no mês, que é igual ao produto das colunas (4) e (5).

A planilha consiste de duas páginas, sendo que, na primeira, constam alguns medicamentos freqüentemente usados na assistência básica, e, na segunda, as vacinas mais utilizadas. As linhas em branco na coluna (1) permitem incluir outros medicamentos consumidos pela equipe.

Segue abaixo o modelo das planilhas, Figuras 6 e 7 , que devem ser preenchidas nesta fase do trabalho de levantamento de custos do P.S.F. Estas planilhas fazem parte do arquivo, em Excel, denominado “Anexos”.

Figura 6

[illegible]

Figura 7

[illegible]



Na última linha da planilha deve ser lançado o custo total dos medicamentos e vacinas consumidas no mês.

Há um espaço em branco na parte inferior da planilha para anotação de observações.

Pressupõe-se que o município possui controle do consumo mensal de todos os medicamentos e vacinas usados por cada equipe do P.S.F.

Se este não for o caso, deve-se indicar o fato nas “observações”, declarando: “não conhecemos o consumo por equipe”.

É possível que o município não conheça o consumo de medicamentos por equipe, mas saiba o consumo de medicamentos do P.S.F como um todo, ou seja, pelo total das equipes. Nesse caso, indique, nas “observações”: “o custo de consumo para todo o P.S.F foi de R\$ X”. A Coordenação do Projeto em São Paulo efetuará o rateio pelo número ponderado de atendimentos realizados pelas equipes.

Caso o município não conheça o consumo mensal total de medicamentos usados no programa P.S.F. , mas conheça o total de medicamentos usados no mês para o conjunto dos programas de atenção básica, indique nas “observações” esse valor total, bem como uma estimativa da parcela usada no P.S.F. Será procedido a um rateio, para estimar o consumo de cada equipe, pela coordenação do Projeto.

5.3 Planilhas de Material e Equipamento de Enfermagem e Odontologia

As planilhas de material e equipamento de enfermagem e odontologia permitem conhecer os custos desse item por equipe do P.S.F. por mês.

Seguem abaixo os modelos das planilhas, Figuras 8, 9 10 e 11, que devem ser preenchidas nesta fase do trabalho de levantamento de custos do P.S.F. Estas planilhas fazem parte do arquivo, em Excel, denominado “Anexos”. Duas planilhas (Figura 8 e 10) referem-se a materiais. Duas outras (Figura 9 e 11) referem-se a equipamentos.

Figura 8

	FARMACIA HOSPITAL MUNICIPAL DE ILHEUS				
ANEXO B (CONTINUAÇÃO)					
Equipe do P.S.F.: [] []					
Município (Nome): _____	Mês: / /		Município (código): Ano:		
1. Materiais Consumidos	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (incluindo frete e impostos) (R\$)	5. Unidades Consumidas	6. Custos do Material consumido (6) = (4) * (5) (R\$)
Luas Cirúrgicas					
Luas de Procedimento					
Seringas de 3cc					
Seringas de 10cc					
Aguihas (30*7)					
Aguihas (30*8)					
Aguihas SC					
Gazes					
Algodão Hidrófilo					
Alcool Etílico 70%					
Compressas					
Espatadrapo					
Fio Cirúrgico					
Soro Glicosado					
Soro Fisiológico					
Ringer Lactato					
Bombedor de Bolsa					
Termômetro					
Lâmina Bisturi					
Outros:					
TOTAL					

Data de preenchimento da planilha: ____/____/____ Fonte de Dados: _____

Nome do funcionário responsável: _____

Figura 9

MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO

ANEXO B (CONTINUAÇÃO)

5.3 Planilha de Equipamento de Enfermagem

Equipe do P.S.F.: [] [] []

Município (Nome): _____ UF: [] []

Município (código): [] [] [] [] [] [] [] []

FOLHA 2

UF: [] []

Ano: [] [] [] [] [] []

1. Materiais Permanentes	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (incluindo frete e impostos) (R\$)	5. Unidades existentes	6. Custos do Equipamento Existente (6) = (4) * (5) (R\$)
Eletoscópio Clínico Adulto					
Eletoscópio Clínico Infantil					
Balança de Adulto					
Balança Infantil					
Material para Retirada de Pontos e Sutura:					
A. Pinça de Kocher					
B. Pinça Dente de Rato					
C. Cabo de Bisturi					
D. Tesoura					
E. Porta Agulha					
F. Eletoscópio de Punção					
G. Nebulizador/Inalador					
H. Aparelho de Pressão					
I. Foco de Luz					
J. Otoscópio					
K. Lanterna					
L. Sonar Doppler					
M. Sifonômetro					
N. Ambú					
Material para Parto:					
A. Pinça de Kocher					
B. Pinça Dente de Rato					
C. Cabo de Bisturi					
D. Tesoura					
E. Porta Agulha					
F. Pinça Chelon					
G. Bandeja ou Caixa Inox					
H. Oftalmoscópio					
I. Laringoscópio					
J. Refrigerador					
K. Autoclave					
L. Estufa					
M. Outros					

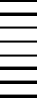
Data de preenchimento da planilha: ____ / ____ / ____

Fonte de Dados: _____

Nome do funcionário responsável: _____

Figura 10

Linha e Cálculo Varias

ANEXO B (CONTINUAÇÃO)

5.3 Planilha de Materiais e Medicamentos Odontológicos

Município (Nome): _____ Município (código) [] [] [] [] [] []
UF [] [] Mês: [] [] Ano: [] [] [] []

1. Medicamentos / Materiais Odontológicos	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (incluindo frete e impostos) (R\$)	5. Unidades Existentes	6. Custos do Material Existente (6) = (4) * (5) (R\$)

Data de preenchimento da planilha: ____/____/____

Fonte de Dados: _____

Nome do funcionário responsável: _____

Assinatura: _____

Figura 11

[illegible]



As colunas de duas planilhas são semelhantes às da planilha de medicamentos e vacinas 5.2 e seu significado é idêntico. As das planilhas que se referem a equipamentos destina-se a registrar os custos do investimento em equipamentos.

Alguns dos materiais de enfermagem mais utilizados constam da coluna (1). Se necessário, deverá (o) ser usada (s) planilha (s) adicional (is) para anotar os consumos de materiais de enfermagem.

Poderão ocorrer para os materiais de enfermagem situações semelhantes às que foram previstas em 5.2 para os custos dos medicamentos. Isto é, o município não controla o consumo destes materiais por equipe, ou ainda; não controla seu consumo para o conjunto das equipes do P.S.F. Nestes casos, conforme descrito em 5.2, o fato deverá ser indicado em “observações”, na planilha, mencionando-se o custo total dos materiais de enfermagem do município naquele mês.

Nas planilhas referentes a equipamentos de enfermagem e odontologia, Figuras 9 e 11, devem ser listados os que existiam em Junho 2000, independentemente do mês em que foram adquiridos. Na sétima coluna, são lançados os custos dos equipamentos existentes. A Coordenação do Projeto, em São Paulo, calculará a depreciação.

5.4 Planilha de Exames Realizados por Solicitação da Equipe do P.S.F.

Esta planilha destina-se a indicar o número e o custo de exames realizados por solicitação da equipe do P.S.F. no mês focalizado.

Segue abaixo o modelo da planilha, Figura 12, que deve ser preenchida nesta fase do trabalho de levantamento de custos do P.S.F. Esta planilha faz parte do arquivo, em Excel, denominado “Anexos”.

Figura 12

FUNDAÇÃO
GETÚLIO VARGAS

ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

EPOS
Health Consultants

5.4 Planilha de Exames Realizados pelo P.S.F.

Município (Nome): _____
UF: _____

Mês: _____

Equipe do P.S.F. nº: _____

Município (código): _____

Ano: _____

1. Tipos de exames realizados	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (R\$)	5. Unidades realizadas	6. Custos dos Exames Realizados (6) = (4) * (5)	7. Locais de Realização dos exames:
Tipagem Sangüínea						PA (labor ^o /unidade particular)
Hemograma Completo						PU (labor ^o /unidade público)
Glicemia de Jejum						MU (labor ^o /unidade municipal próprio)
Parasitológico de Fezes						
Urina 1 (Sumário de Urina)						
Uréia						
Creatina						
Ácido Úrico						
Citopatologia de Colo de Útero						
Ultrassonografia						
RX simples						
Outros						
TOTAL						

Data de preenchimento da planilha: ____/____/____

Nome do funcionário responsável: _____

Fonte de Dados: _____

Na coluna (1) consta a maioria dos exames próprios do nível de atenção básica. Nas linhas sobressalentes há espaços para anotar exames adicionais. A coluna (2) refere-se à especificação técnica do exame e a coluna (3) à unidade, por exemplo, “chapa”.

Na coluna (4) indicar o preço unitário do exame. Se for comprado de laboratório particular, o preço unitário é o valor efetivamente pago pelo município. Se for comprado de laboratório público ou for efetuado na laboratório do próprio município, o preço a ser indicado na coluna (4) é o valor que consta da Tabela SIA do SUS. Deve ser indicado na coluna (7) a fonte principal do exame: laboratório particular, escrever PA; laboratório público, PU; laboratório próprio do município, MU.

Na coluna (5) lançar o número de unidades solicitadas do exame; na coluna (6) indicar o custo dos exames realizados no mês, que é o produto das colunas (4) e (5).

Na última linha da planilha, coluna (6), lançar o total dos custos dos exames realizados.

5.5 Planilha de Despesas de Transporte

Na planilha de despesas de transporte compilam-se os custos de deslocamento das equipes do P.S.F. no mês, para efetuar consultas e visitas domiciliares ou reuniões comunitárias ou ainda outras viagens ligadas ao programa. As despesas também incluem as remoções dos pacientes.

Segue abaixo o modelo da planilha 13, que deve ser preenchida nesta fase do trabalho de levantamento de custos do P.S.F. Esta planilha faz parte do arquivo, em Excel, denominado “Anexos”.

Figura 13

				
5.5 Planilha de Despesas de Transporte				
Município (Nome): _____		Equipe do P.S.F. n°: [] []		
UF: [] []		Município (código): [] [] [] [] [] []		
		Mês: [] [] Ano: [] [] [] []		
1. Natureza da Despesa de Transporte	2. Unidade	3. Custo por km rodado (R\$)	4. Número de Unidades Consumidas	5. (5) = (3) * (4) Custo Total (R\$)
Viatura chapa n°		km rodado		
Viatura chapa n°		km rodado		
Viatura chapa n°		km rodado		
Ambulância chapa n°		km rodado		
Outro veículo chapa n°		km rodado		
Despesas de taxi				
Passagens				
Estádias				
Outras despesas de transporte				
TOTAL				
Data de preenchimento da planilha: [] [] []		Fonte de Dados: _____		
Nome do funcionário responsável: _____				

Pressupõe-se que cada município controle com rigor os quilômetros rodados e conheça o custo do quilômetro rodado de cada tipo de veículo, já que as despesas de transporte podem representar um custo significativo do programa.

5.6 Planilha de Despesas Administrativas, Serviços Diversos e Despesas Gerais.

Esta planilha refere-se às despesas do Programa de Saúde da Família que devem ser alocadas por rateio a cada equipe. Também constam dela algumas despesas gerais diretas da equipe.

A planilha baseia-se no pressuposto que existe a seguinte situação no Município, comum para aqueles municípios que possuem um Programa de Saúde da Família bem desenvolvido: o Programa tem administração própria no âmbito da Secretaria da Saúde, que, por sua vez, tem administração própria no âmbito do Município. Neste caso, rateiam-se as despesas administrativas do Programa (5.6.1), bem como os serviços terceirizados do Programa (5.6.2), dividindo-se estes gastos pelo número de equipes atuantes no Programa.



Como ademais, é freqüente que cada equipe do P.S.F. ocupe um imóvel; gere contas de luz e água; e consuma material administrativo e de escritório, é possível debitar à equipe essas despesas gerais diretas (5.6.3.). A planilha 5.6, Figura 14, parte desses princípios.

Se, todavia, alguns desses gastos (informática, por exemplo, ou contabilidade, ou almoxarifado central do Município) é preciso, antes de lançar essas despesas na planilha 5.6, efetuar seu rateio, conforme explicado a seguir.

Suponha-se que, num mês, as despesas a ser rateadas sejam iguais a R\$ X. Digamos agora que, do orçamento anual do município, a verba da saúde seja de $a=20\%$ e que, na verba da saúde, a do P.S.F. corresponde a $b=25\%$; ademais, há N equipes do P.S.F. em atividade. As despesas que se deve atribuir nesse caso a cada equipe naquele mês são dadas pela fórmula:

$$\text{Despesas de cada equipe} = \frac{0,20 * 0,25 * X}{N}$$

Para que a Coordenação do Projeto, em São Paulo, possa conferir esses cálculos, pedimos ao Município fornecer os seguintes dados, para o exercício 2000.

- Orçamento total do Município : R\$
 - Orçamento municipal da Saúde: R\$
 - Orçamento municipal do P.S.F.: R\$,
- por meio dos quais serão calculadas as relações:

$$a = \frac{\text{Orçamento municipal da Saúde}}{\text{Orçamento total do município}}$$

$$b = \frac{\text{Orçamento municipal do P.S.F.}}{\text{Orçamento municipal da Saúde}}$$



Figura 15

FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

EPOS
Health Consultants

ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

5.7 Planilha da Soma dos Custos da Equipe

Equipe do P.S.F. N° [][]

Município (Nome): _____ Município (código): [][][][][][][][][]

UF: [][] Mês: [][] Ano: [][][][]

	Planilhas	R\$ (omitir centavos)
5.7.1 Salários e Encargos	B-II e B-III	_____
5.7.2 Medicamentos e Vacinas	B-IV e B-V	_____
5.7.3 Material de Enfermagem e Odontologia	B-VI e B-VIII	_____
5.7.4 Exames Realizados	B-X	_____
5.7.5 Despesas de Transporte	B-XI	_____
5.7.6 Despesas Administrativas, Serviços Diversos e Despesas Gerais	B-XII	_____
5.7.7 TOTAL		_____

Observações: _____

Data de preenchimento da planilha: / /

Nome do funcionário responsável: _____

Assinatura: _____



ATENÇÃO

Os formulários preenchidos (Questionário Geral, Planilhas 5.1 a 5.7) deverão ser enviados à Coordenação Geral do Projeto de Custos do P.S.F., através do e-mail: psffgvepos@fgvsp.br

Para garantir o recebimento do material, solicitamos também enviar os disquetes correspondentes.

Caso haja impossibilidade do envio por e-mail, o material, composto por disquete e planilhas impressas, deverá ser enviado para:

Coordenação do Projeto de Custos do P.S.F.

EAESP FGV GVconsult
Av. Nove de Julho, 2029
São Paulo SP
CEP: 01313 – 902
Tel.: 0(xx)11 281-7784 281-7785 281-7837
Fax: 0(xx)11 281-7891

Falar com Angela ou Carolina.

ATENÇÃO:

- O Município deverá preencher e nos enviar apenas um Questionário Geral, Anexo A; refere-se ao município todo e é válido para o trimestre focado. O município deverá preencher e enviar três jogos de planilhas de custo, Anexo B (Planilhas 5.1 a 5.7), para cada equipe selecionada. Cada jogo, para cada equipe, refere-se a um mês, isto é, a abril, maio ou junho de 2000. Como são três meses, são três jogos por equipe.

Exemplo: seja um município com duas equipes selecionadas. Deverá preencher e enviar: um Questionário Geral (Anexo A) e seis jogos de planilhas (Anexo B).

- O Município deverá ainda preencher e nos enviar também os relatórios PMA2 (ou PMA4) do SIAB, de cada mês (abril, maio e junho de 2000) para cada equipe selecionada do P.S.F.



ANEXO A

QUESTIONÁRIO GERAL

Município (Nome) : _____
Município (Código) :|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
UF : |_|_|

INSTRUÇÕES

A Prefeitura deverá utilizar os seguintes documentos no preenchimento deste questionário e das planilhas de custo do Anexo B.

- Orçamento do Município de 2000.
- Orçamento da Secretaria da Saúde do Município para 2000.
- Balancetes mensais dos meses de abril, maio e junho de 2000.
- Mapas de Receitas e Despesas do Município na área de saúde, mês a mês, de janeiro a setembro de 2000.
- Folhas de pagamentos dos profissionais das equipes do P.S.F.
- Planilhas de produção do SIAB PMA2 ou PMA4 dos meses de abril, maio e junho de 2000.
- Documentos relativos ao consumo mensal de medicamentos, vacinas e materiais de enfermagem utilizados no P.S.F. , tais como requisições aos almoxarifados.
- Documentos relativos às despesas administrativas, aos serviços diversos e às despesas gerais do Município no trimestre em foco.

1. Indique o orçamento total do Município para o exercício 2000:

_____ R\$

2. Indique o orçamento municipal da Saúde para o exercício 2000:

_____ R\$

A-I



3. Indique o orçamento municipal do P.S.F. para o exercício 2000:
_____ R\$

4. Qual a população do Município na última data em que foram levantados dados populacionais oficiais?

4.1. População residente: _____ pessoas

4.2. Mês/Ano correspondente à população indicada: |_|_|
|_|_|_|_|

5.1. Indique o mês e o ano em que foi oficialmente iniciado o Programa da Saúde da Família no município.

Mês: |_|_|

Ano: |_|_|_|_|

Comentários:

5.2. Indique o número total de pessoas cadastradas no Município em abril 2000.

Pessoas

cadastradas: _____

Comentários



6. Indique, no quadro seguinte, o número de equipes do P.S.F. básicas completas, urbanas, rurais e total; e de equipes ampliadas, urbanas, rurais e total, existentes no período de julho a setembro de 1999 e que continuaram existindo até o período julho a setembro de 2000 no Município. (Ver definições após o quadro). Indique também o número de equipes do P.S.F. no Município.

Número de equipes do P.S.F. no Município.

Natureza da equipe	Urbanas	Rurais	Total
Básicas Completas			
Ampliadas			
Total			
Equipes incompletas			

A-II



Comentários:

Definições:

Equipe básica completa contém médico(s), enfermeiro(s), auxiliar(es) de enfermagem e de 4 a 11 agentes comunitários de saúde; equipe incompleta é a em que inexiste médico, ou enfermeiro, ou auxiliar de enfermagem, ou não tem o mínimo de 4 A.C.S.

Equipe ampliada é a que contém, além dos profissionais da equipe básica, acima mencionados, outro(s) profissional(is) de nível superior, tais como odontólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista, ou outro diplomado.

Equipe urbana: a que atua predominantemente na zona urbana do Município; equipe rural: a que atua predominantemente na zona rural do Município.

7. Indique, para cada equipe básica ou ampliada, a data em que começou a operar, listando as equipes em ordem histórica decrescente, da mais antiga até a mais recente. Identifique cada equipe pelo nome do médico responsável. Anote seu número de cadastro no CRM - Conselho Regional de Medicina. Indique também se é urbana ou rural.

Indique o número de pessoas cadastradas no P.S.F. na área pela qual a equipe do P.S.F. é responsável, no mês de abril de 2000.



Essa lista será importante para o Município selecionar as equipes que serão analisadas para efeito de custeio. A lista permite indicar as características de 20 equipes. Se o Município contar com mais de 20 equipes, use página(s) adicional(is).

A-III



ANEXO A							
QUESTIONÁRIO GERAL							
(CONTINUAÇÃO)							
LISTA DAS EQUIPES DE P.S.F. DO MUNICÍPIO							
Número de identificação da Equipe	Mês e Ano de Início da Operação	Nome do médico Responsável	CRM	Número de pessoas cadastradas	Indique se a equipe é básica/completa (b) ou ampliada (a)	Indique se a equipe é urbana (u) ou rural (r)	Observações
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							



ANEXO A - QUESTIONÁRIO GERAL (CONTINUAÇÃO)										
8. Indique a composição de cada equipe, básica/ completa ou ampliada, anotando o número de profissionais atuando em cada equipe. Use o mesmo número de identificação da questão 7.										
COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DO P.S.F.										
Número de identificação da equipe	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	Agente Comunitário de Saúde	Odontólogo	Psicólogo	Assistente Social	Nutricionista	Outros Profissionais da Área Médica	Outros Profissionais Administrativos
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
Comentários:										

[illegible]



ANEXO B

PLANILHAS DE APURAÇÃO DOS CUSTOS

Seguem as planilhas de apuração dos custos por equipe do P.S.F., por mês.

No cabeçalho, idêntico em todas as planilhas, deve-se indicar o mesmo número da equipe usada para sua identificação, conforme descrito nos itens 7 e 8 do Questionário Geral.

- O cabeçalho inclui ainda:
 - Nome do Município
 - Código do Município
 - Unidade da Federação
 - Mês: é o mês ao qual os custos se referem; abril, maio ou junho.
 - Ano: 2000
- Na parte inferior da planilha, deverão constar:
 - Documento fonte dos dados, tais como: folha de pagamento, balancete, requisições, etc.
 - Data: é a data de preenchimento da planilha.
 - Nome e assinatura do funcionário municipal responsável pelo preenchimento da planilha.

B-I



ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

5.1. Planilha de Salários e Encargos Sociais

Equipe do P.S.F. n°: [] [] []

Município Nome: _____

Município (código): [] [] [] [] [] [] [] []

UF: [] []

Mês: [] []

Ano: [] [] [] []

FOLHA 1

1. Componentes da Equipe	2. Horas semanais de trabalho	3. Salários pagos (brutos) (R\$)	4. Encargos Sociais mensais (R\$)	5. Benefícios Sociais (R\$)	6. Outros Proventos (abonos, incentivos) (R\$)	7. Total=(3) + (4) +(5) + (6) (R\$)	8. Regime de Contratação	9. Observações
Médico								
Médico								
Enfermeiro								
Enfermeiro								
Auxiliar de Enfermagem								
Auxiliar de Enfermagem								
Agente Comunitário 1								
Agente Comunitário 2								
Agente Comunitário 3								
Agente Comunitário 4								
Agente Comunitário 5								
Agente Comunitário 6								
Agente Comunitário 7								
Agente Comunitário 8								
Agente Comunitário 9								
Agente Comunitário 10								
Agente Comunitário 11								
Motorista								
Outros								
TOTAL 1								

Data de preenchimento da planilha: ____ / ____ / ____

Nome do funcionário responsável: _____

Fonte de Dados: _____

Assinatura: _____

B-II



ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

5.1. Planilha de Salários e Encargos Sociais

Equipe do P.S.F. nº: [] [] []
Município Nome: _____ Município (código): [] [] [] [] [] [] []
UF: [] [] Mês: [] [] Ano: [] [] [] []

FOLHA 2

1. Componentes da Equipe	2. Horas semanais de trabalho	3. Salários pagos (brutos) (R\$)	4. Encargos Sociais mensais (R\$)	5. Benefícios Sociais (R\$)	6. Outros Proventos (abonos, incentivos) (R\$)	7. Total=(3) + (4) + (5) + (6) (R\$)	8. Regime de Contratação	9. Observações
Odontólogo								
Odontólogo								
Assistente social								
Psicólogo								
Nutricionista								
Outros prof.da área médica								
Outros prof.da área adm.								
Total 2								
Total 1+ 2								
Data de preenchimento da planilha: ____/____/____								
Nome do funcionário responsável: _____						Fonte de Dados: _____		
Assinatura: _____								

[illegible]

ANEXO B					
(CONTINUAÇÃO)					
5.2 Planilha de Medicamentos e Vacinas					
Nome do Município:			Equipe do P.S.F. nº [][] Município (código):[][][][][][]		
			Mês:[][]	Ano: [][][][]	
FOLHA 2					
1. Vacinas Consumidas	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (R\$)	5. Unidades Consumidas	6. Custos dos Medicamentos Consumidos (6) = (4) * (5)
Vacina DT Adulto					
Vacina DT Infantil					
Vacina Antipólio - SABIN					
Vacina Tríplice/DPT					
Vacina Anti-Sarampo					
Vacina BCG					
Vacina Anti-Hepatite B					
Vacina Toxóide Tetânico					
Vacina Tríplice Viral/MMR					
Outras					
TOTAL (medicamentos e vacinas)					
Observações:					
Data de preenchimento da planilha: __ / __ / __					
Nome do funcionário responsável:			Fonte de Dados		
Assinatura:					

ANEXO B (CONTINUAÇÃO)					
5.3 Planilha de Material de Enfermagem				Equipe do P.S.F. : [][]	
Município (Nome): _____				Município (código): [][][][][][][][][]	
FOLHA 1			Mês: [][]	Ano: [][][][]	
1. Materiais Consumidos	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (incluindo frete e impostos) (R\$)	5. Unidades Consumidas	6. Custos do Material consumido (6) = (4) * (5) (R\$)
Luas Cirúrgicas					
Luas de Procedimento					
Seringas de 3cc					
Seringas de 10cc					
Aguihas (30*7)					
Aguihas (30*8)					
Aguihas SC					
Gazes					
Algodão Hidrófilo					
Álcool Etilico 70%					
Compressas					
Espadrappo					
Fio Cirúrgico					
Soro Glicosado					
Soro Fisiológico					
Ringer Lactato					
Rompedor de Bolsa					
Termômetro					
Lâmina Bisturi					
Outros:					
TOTAL					
Data de preenchimento da planilha: / /				Fonte de Dados: _____	
Nome do funcionário responsável: _____					
Assinatura: _____					



ANEXO B (CONTINUAÇÃO)					
5.3 Planilha de Equipamento de Enfermagem				Equipe do P.S.F. : [][]	
Município (Nome): _____			Município (código): [][][][][][][][][]		
FOLHA 2		UF: [][]	Ano: [][][][]		
1. Materiais Permanentes	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (incluindo frete e impostos) (R\$)	5. Unidades existentes	6. Custos do Equipamento Existente (6) = (4) * (5) (R\$)
Estetoscópio Clínico Adulto					
Estetoscópio Clínico Infantil					
Balança de Adulto					
Balança Infantil					
Material para Retirada de Pontos e Sutura:					
A. Pinça de Kocher					
B. Pinça Dente de Rato					
C. Cabo de Bisturi					
D. Tesoura					
E. Porta Agulha					
Estetoscópio de Pinard					
Nebulizador/Inalador					
Aparelho de Pressão					
Foco de Luz					
Otoscópio					
Lanterna					
Sonar Doppler					
Glicosímetro					
Ambú					
Material para Parto:					
A. Pinça de Kocher					
B. Pinça Dente de Rato					
C. Cabo de Bisturi					
D. Tesoura					
E. Porta Agulha					
F. Pinça Cheron					
G. Bandeja ou Caixa Inox					
Oftalmoscópio					
Laringoscópio					
Refrigerador					
Autoclave					
Estufa					
Outros					
Data de preenchimento da planilha: __/__/__			Fonte de Dados: _____		
Nome do funcionário responsável: _____					
Assinatura: _____					

ANEXO B (CONTINUAÇÃO)					
5.3 Planilha de Equipamento Odontológico			Equipe do P.S.F.: [] [] []		
Município (Nome): _____			Município (código): [] [] [] [] [] []		
FOLHA 4	UF: [] []			Ano: [] [] [] []	
1. Materiais Permanentes	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (incluindo frete e impostos) (R\$)	5. Unidades existentes	6. Custos do Equipamento Existente (6) = (4) * (5) (R\$)
Equipamento Odontológico					
Mochô					
Compressor					
Autoclave					
Gaveteiro					
Amalgamador					
Fotopolimerizador					
Caneta de baixa rotação					
Caneta de alta rotação					
Raio X (coluna)					
Outros					
TOTAL					
Data de preenchimento da planilha: ____ / ____ / ____	Fonte de Dados: _____				
Nome do funcionário responsável: _____					
Assinatura:					



ANEXO B (CONTINUAÇÃO)						
5.4 Planilha de Exames Realizados pelo P.S.F.						
Município (Nome):			Equipe do P.S.F. n°: [] [] []			
UF: [] []			Município (código): [] [] [] [] [] []			
			Ano: [] [] [] []			
1. Tipos de exames realizados	2. Especificação	3. Unidade	4. Preço Unitário (R\$)	5. Unidades realizadas	6. Custos dos Exames Realizados (6) = (4) * (5)	7. Locais de Realização dos exames: PA (laboro /unidade particular) PU (laboro /unidade público) MU (laboro /unidade municipal próprio)
Tipagem Sangüínea						
Hemograma Completo						
Glicemia de Jejum						
Parasitológico de Fezes						
Urina 1 (Sumário de Urina)						
Uréia						
Creatina						
Ácido Úrico						
Citopatologia de Colo de Útero						
Ultrassonografia						
RX simples						
Outros						
TOTAL						
Data de preenchimento da planilha: __/__/__				Fonte de Dados:		
Nome do funcionário responsável:						
Assinatura:						
B-X						



ANEXO B
(CONTINUAÇÃO)

5.5 Planilha de Despesas de Transporte

Município (Nome): _____		Equipe do P.S.F n°: [][]			
UF: [][]		Município (código): [][][][][][]			
		Mês: [][]		Ano : [][][][]	
1. Natureza da Despesa de Transporte	2. Unidade	3. Custo por km rodado (R\$)	4. Número de Unidades Consumidas	5. (5) = (3) * (4) Custo Total (R\$)	
Viatura chapa n°		km rodado			
Viatura chapa n°		km rodado			
Viatura chapa n°		km rodado			
Ambulância chapa n°		km rodado			
Outro veículo chapa n°		km rodado			
Despesas de táxi					
Passagens					
Estadias					
Outras despesas de transporte					
TOTAL					
Data de preenchimento da planilha: __/__/__			Fonte de Dados:		
Nome do funcionário responsável:					
Assinatura:					

B-XI

ANEXO B (CONTINUAÇÃO)									
5.6 Planilha de Despesas Administrativas, Serviços Diversos e Despesas Gerais									
Município (Nome): _____				Município (código): [][][][][][]		Equipe do P.S.F. [][]			
UF: [][]		Mês: [][]		Ano: [][][][]					
						R\$ (omitir centavos)			
5.6.1 Despesas Administrativas									
1. Pessoal Administrativo do P.S.F. (salários e encargos)									
2. Pessoal de Contabilidade do P.S.F. (salários e encargos)									
3. Pessoal de Compras e Almoxarifado do P.S.F. (salários e encargos)									
4. Pessoal de Informática do P.S.F. (salários e encargos)									
5. Pessoal de Limpeza do P.S.F. (salários e encargos)									
6. Pessoal de Manutenção do P.S.F. (salários e encargos)									
7. Outras Despesas do P.S.F.									
8. Subtotal de 1 a 7									
5.6.2 Serviços Diversos de Terceiros									
1. Contabilidade (Terceirizada)									
2. Informática (Terceirizada)									
3. Limpeza (Terceirizada)									
4. Manutenção (Terceirizada)									
5. Segurança (Terceirizada)									
6. Outros Serviços Comprados									
7. Subtotal de 1 a 6									
Total: 5.6.1.8 + 5.6.2.7 =									
N: Número total de equipes do P.S.F. _____									
DR= Despesas Rateadas: X/N									
5.6.3 Despesas Gerais da Equipe									
1. Aluguel de Imóvel									
2. Reforma e Conservação do Imóvel									
3. Utilidades: força e luz, água, gás									
4. Correio, Telefone, Fax, Internet									
5. Material de Escritório									
6. Material Administrativo e de Limpeza									
7. Outras despesas									
8. Subtotal de 1 a 7									
Despesas Totais: DR + 5.6.3.8									
Observações:									
Data de preenchimento da planilha: ____/____/____									
Nome do funcionário responsável:									
Assinatura:									

ANEXO B (CONTINUAÇÃO)			
5.7 Planilha da Soma dos Custos da Equipe			
		Equipe do P.S.F. Nº	[[]]
Município (Nome):		Município (código):	[[] [[] [[] [[] [[] [[]
UF: [[]	Mês: [[]	Ano: [[]	
	Planilhas	R\$ (omitir centavos)	
5.7.1 Salários e Encargos	B-II e B-III		
5.7.2 Medicamentos e Vacinas	B-IV e B-V		
5.7.3 Material de Enfermagem e Odontologia	B-VI e B-VIII		
5.7.4 Exames Realizados	B-X		
5.7.5 Despesas de Transporte	B-XI		
5.7.6 Despesas Administrativas, Serviços Diversos e Despesas Gerais	B-XII		
5.7.7 TOTAL			
Observações:			
Data de preenchimento da planilha:	__ / __ / __		
Nome do funcionário responsável:			
Assinatura:			

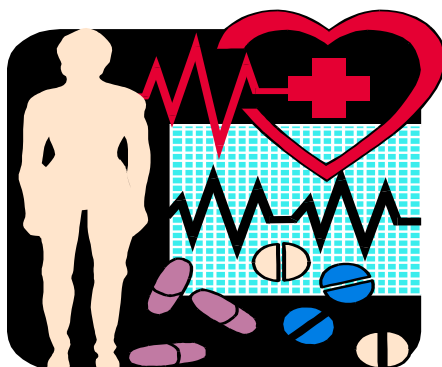


FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS



EPOS
Health Consultants

MINISTÉRIO DA SAÚDE



PROJETO REFORSUS - CNPq

***“DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –
PSF”***

RELATÓRIO FINAL
(Suplemento ao Relatório Final – julho/2001)

Volume I A/ III

Março/2001



SUMÁRIO

11. SUPLEMENTO AO RELATÓRIO FINAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

Descrição	Página
Análises Adicionais sobre Custos do PSF.....	3
S1 – Influência do tamanho do município sobre os custos do PSF.....	4
S2 – Influência da eliminação de resultados extremos sobre os custos médios das equipes.....	11
S3 – Esclarecimentos sobre a incidência dos salários na composição dos custos das equipes	16
S4 – Esclarecimentos sobre os mecanismos de rateio e depreciação	19
S5 – Significado do custo médio para finalidades de extrapolação dos custos para uma população maior	21
S6 – Distinção entre não resposta e resposta zero	23
S7 – Custo de uma equipe de saúde bucal	24
S8 – Custo unitário de atendimento	28
S9 – Considerações finais	30



11. SUPLEMENTO AO RELATÓRIO FINAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Análises Adicionais sobre Custos do P.S.F.

Apresentamos neste suplemento uma série de análises adicionais, apropriadamente sugeridas pelos técnicos do Ministério da Saúde que examinaram o Relatório Final na sua primeira versão.

Serão abordados os seguintes aspectos:

S1 – Influência do tamanho do município sobre os custos do PSF

S2 – Influência da eliminação de resultados extremos sobre os custos médios das equipes

S3 – Esclarecimentos sobre a incidência dos salários na composição dos custos das equipes

S4 – Esclarecimentos sobre os mecanismos de rateio e depreciação

S5 – Significado do custo médio para finalidades de extrapolação dos custos para uma população maior

S6 – Distinção entre não resposta e resposta zero

S7 – Custo de uma equipe de saúde bucal

S8 – Custo unitário de atendimento

S9 – Considerações finais



S.1. Influência do Tamanho do Município sobre os Custos do P.S.F.

A fim de pesquisar a influência do seu tamanho sobre o custo das equipes do PSF, os municípios foram agrupados conforme os estratos populacionais adotados na formação da amostra.

O Quadro S.1.1 mostra que as equipes dos menores municípios, os de menos de 5.000 habitantes, bem como as dos maiores municípios, os de mais de 100.000 habitantes, possuem custos total e per capita consideravelmente mais elevados que os de tamanho médio, os de 5.000 a 100.000 habitantes. As municipalidades cuja população situa-se na faixa de 30 a 50 mil habitantes apresentam os menores custos. O efeito é visível nas Figuras S.1.1 e S.1.2. Essa tendência é idêntica nas equipes básicas e nas ampliadas.

Os Quadros S.1.2 e S.1.3 mostram a influência do tamanho dos municípios sobre os componentes do custo. Fornecem explicações que permitem justificar o formato em **U** da curva dos custos em função do tamanho do município.

Nas equipes básicas e na parte básica das equipes ampliadas nota-se que os menores municípios informam despesas de transporte e administração muito superiores às dos demais municípios. São essas despesas que forçam para cima as despesas totais dos municípios menores.

Quanto aos salários e encargos, nas equipes básicas e na parte básica das equipes ampliadas observa-se tendência oposta, embora não tão pronunciada: os menores municípios apresentam custos menores que os municípios maiores; esse diferencial é visível também nas rubricas salários e encargos (outros) das equipes básicas e nas rubricas salários e encargos odontológicos, salários de outros profissionais de odontologia e salários e encargos (outros). De fato, dois ou três municípios de grande porte apresentam massa salarial mais elevada que a dos municípios menores.

Resumindo, o tamanho do município exerce influência sobre os custos das equipes do PSF. Esse efeito não é linear, os vários fatores de custo agem de forma oposta um em relação ao outro,



transporte e despesas administrativas num sentido, salários no outro, sendo o resultado final um perfil de custos totais em formato de **U**.



Quadro S.1.1.Média de Custo por Faixa de População (R\$)

Quadro S.1.1 Média de Custo por Faixa de População (R\$)							
Faixa Populacional (em mil hab.)	Municípios	Equipes					
		Básicas			Ampliadas		
	Qtde.	Qtde.	R\$	Per Capita	Qtde.	R\$	Per Capita
00 a 05	6	2	27.068	9,07	5	27.121	8,95
05 a 10	6	9	14.574	5,15	1	28.340	7,76
10 a 30	7	7	17.077	4,54	9	24.163	8,07
30 a 50	9	11	15.633	3,85	6	24.836	6,08
50 a 100	8	8	20.791	5,70	10	26.039	6,79
mais de 100	15	24	18.831	5,52	26	29.697	8,27
Brasil	51	61	17.903	5,11	57	28.378	8,01



Quadro S.1.2
Média, Máximo, Mínimo e Desvio Padrão dos Componentes de Custo das Equipes Básicas

Faixa Populacional (em mil hab.)	Qtde. de Equipes	População Média Cadastrada da Equipe	Cálculo	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	Salários e Encargos (outros)	Total da Parte Básica
00 a 05	2	2.984	Média	7.282	2.233	78	324	508	1.926	8.292	6.139	287	27.068
			Máximo	9.375	4.129	90	347	840	2.440	8.728	7.633	287	-
			Mínimo	5.189	337	67	300	176	1.411	7.856	4.644	287	-
			Desvio Padrão	2.960	2.682	16	33	470	728	617	2.114		-
05 a 10	9	2.833	Média	5.660	1.106	174	999	217	862	3.802	1.627	128	14.574
			Máximo	7.676	4.123	482	6.060	273	2.612	8.132	2.593	264	-
			Mínimo	5.050	208	33	200	135			130		-
			Desvio Padrão	992	1.275	160	2.046	51	1.146	2.559	1.111	112	-
10 a 30	7	3.759	Média	8.987	2.525	468	386	360	809	1.062	1.913	567	17.077
			Máximo	11.397	4.169	1.874	1.216	651	1.753	4.368	6.110	736	-
			Mínimo	7.083	949	61	47	22	132		807	252	-
			Desvio Padrão	1.367	1.276	634	386	266	618	1.728	1.876	273	-
30 a 50	11	4.060	Média	7.432	1.979	173	824	422	937	501	2.745	620	15.633
			Máximo	11.462	6.530	927	3.575	857	3.341	1.859	6.539	1.741	-
			Mínimo	4.332	294			121	111		240	85	-
			Desvio Padrão	2.477	1.729	287	1.036	280	1.020	553	2.144	677	-
50 a 100	8	3.650	Média	7.933	3.139	174	218	525	715	1.349	5.951	786	20.791
			Máximo	12.868	5.576	340	606	1.078	2.312	3.825	9.347	1.059	-
			Mínimo	5.099	631	9	18	216	170		2.005	300	-
			Desvio Padrão	3.130	2.075	121	251	364	794	1.217	3.266	278	-
mai de 100	24	3.414	Média	9.590	2.386	186	338	276	1.504	1.232	2.208	1.111	18.831
			Máximo	17.709	6.193	515	810	717	4.651	8.056	7.443	2.752	-
			Mínimo	5.730	73	26	39	17	70		529	325	-
			Desvio Padrão	3.217	1.569	147	227	223	1.089	2.523	1.944	882	-
BRASIL	61	3.501	Média	8.347	2.248	211	509	349	1.132	1.688	2.685	735	17.903
			Máximo	17.709	6.530	1.874	6.060	1.078	4.651	8.728	9.347	2.752	-
			Mínimo	4.332	73			17			130		-
			Desvio Padrão	2.928	1.668	280	900	265	1.014	2.501	2.362	673	-



Quadro S.1.3
Média, Máximo, Mínimo e Desvio Padrão dos Componentes de Custo das Equipes Ampliadas

Faixa Populacional (em mil hab.)	Qtde. de Equipes	População Média Cadastrada da Equipe	Cálculo	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	Total da Parte Básica	Salários e Encargos (odontólogo)	Salários de outros profissionais de odontologia	Material Odontológico	Depreciação do Material Odontológico	Total Odontologia	Salários e Encargos (outros)	Total da Parte Ampliada	Total da Equipe Ampliada
00 a 05	5	3.030	Média	10.253	1.013	256	1.096	457	1.750	4.650	3.808	23.283	1.101		245	171	1.517	2.322	3.838	27.121
			Máximo	12.191	1.642	670	4.164	572	5.394	8.062	5.384	-	2.510		245	171	-	5.714	-	-
			Mínimo	8.856	379	13	122	341	369	351	1.046	-	350		245	171	-	160	-	-
			Desvio Padrão	1.678	596	285	1.722	163	2.107	3.906	2.061	-	884				-	2.384	-	-
05 a 10	1	3.650	Média	8.035	4.282	17	1.424	507	3.973	2.000	1.895	22.134	1.551		523	221	2.295	3.911	6.206	28.340
			Máximo	8.035	4.282	17	1.424	507	3.973	2.000	1.895	-	1.551		523	221	-	3.911	-	-
			Mínimo	8.035	4.282	17	1.424	507	3.973	2.000	1.895	-	1.551		523	221	-	3.911	-	-
			Desvio Padrão									-					-		-	-
10 a 30	9	2.993	Média	9.270	1.576	817	547	714	2.186	2.427	2.499	20.036	1.909	281	645	252	3.087	1.041	4.128	24.163
			Máximo	12.049	4.058	3.840	923	2.601	3.976	5.079	6.613	-	2.675	366	815	311	-	4.363	-	-
			Mínimo	6.626	256	198	91	200	640	986	526	-	1.535	239	418	178	-	405	-	-
			Desvio Padrão	2.140	1.451	1.145	305	768	1.415	1.674	1.923	-	480	73	154	68	-	1.272	-	-
30 a 50	6	4.087	Média	11.456	3.026	221	559	434	1.319	595	605	10.215	1.654	215	461	193	2.522	4.099	6.621	24.836
			Máximo	15.016	12.231	919	824	857	2.849	1.619	797	-	2.079	215	1.737	438	-	12.865	-	-
			Mínimo	5.786	736	11	281	105	410	140	240	-	1.273	215	85	42	-	578	-	-
			Desvio Padrão	3.306	4.517	346	220	376	976	688	316	-	362		633	150	-	4.897	-	-
50 a 100	10	3.834	Média	9.567	1.707	182	231	727	1.125	2.877	2.160	18.576	3.373	662	374	242	4.651	2.812	7.463	26.039
			Máximo	14.800	4.931	537	665	1.824	1.760	5.517	3.420	-	5.370	911	847	566	-	3.852	-	-
			Mínimo	4.955	474	7	94	188	405	238	720	-	1.500	433	66	152	-	2.075	-	-
			Desvio Padrão	3.862	1.336	173	176	537	508	1.871	1.086	-	1.264	265	334	126	-	730	-	-
maí de 100	26	3.592	Média	11.894	1.043	478	560	662	1.766	1.125	1.008	18.536	3.080	2.816	1.112	303	7.311	3.850	11.160	29.697
			Máximo	22.651	2.174	4.127	1.719	1.674	4.215	7.053	1.502	-	7.169	5.982	3.819	763	-	14.111	-	-
			Mínimo	3.846	378	105	69	128	479	32	492	-	453	441	209	73	-	245	-	-
			Desvio Padrão	6.283	377	976	496	585	991	1.853	411	-	2.059	1.571	1.075	237	-	4.991	-	-
BRASIL	57	3.543	Média	10.859	1.550	420	563	653	1.707	2.122	1.809	19.683	2.591	1.959	780	262	5.592	3.104	8.696	28.378
			Máximo	22.651	12.231	4.127	4.164	2.601	5.394	8.062	6.613	-	7.169	5.982	3.819	763	-	14.111	-	-
			Mínimo	3.846	256	7	69	105	369	32	240	-	350	215	66	42	-	160	-	-
			Desvio Padrão	4.849	1.829	799	649	568	1.184	2.375	1.445	-	1.684	1.711	857	183	-	3.997	-	-



Figura S.1.1. - Influência dos Estratos Popacionais sobre o Custo Total das Equipes

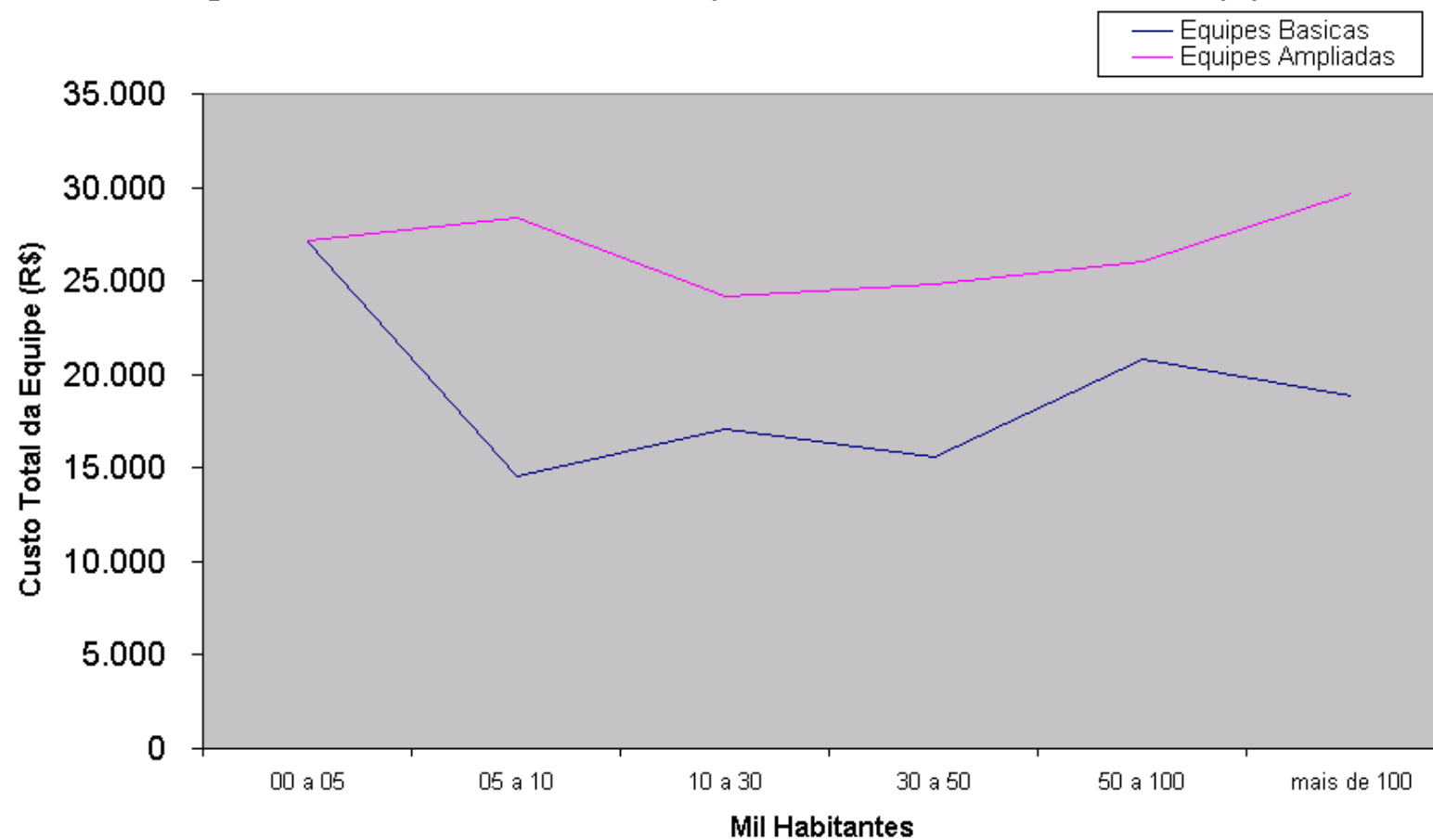
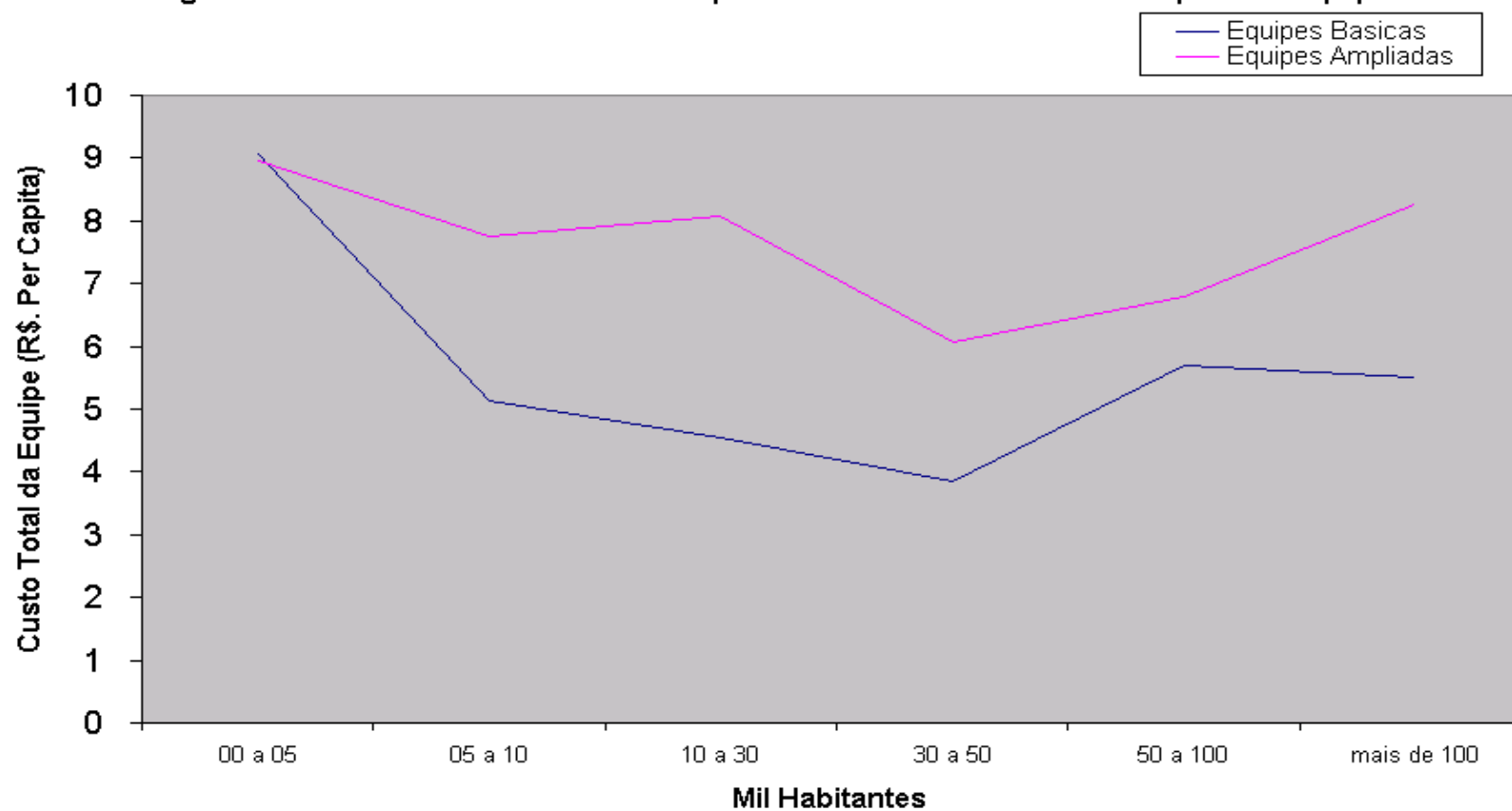




Figura S.1.2. - Influência dos Estratos Popacionais sobre o Custo Per Capita das Equipes



S.2. Influência da Eliminação de Resultados Extremos sobre os Custos Médios das Equipes

Algumas equipes do PSF apresentam, em diversos componentes de custos, valores que destoam consideravelmente dos custos médios dos mesmos componentes.

Na suposição de que a amostra estudada tenha por acaso incluído precisamente os poucos municípios e equipes de custos destoantes da média, e cuja presença não se repetiria em outra amostra ou no universo de equipes existentes, efetuou-se a eliminação dos casos extremos e examinou-se a influência decorrente sobre os custos médios.

Esse trabalho foi efetuado sobre cinco dos componentes de custo de maior expressão, a saber:

- Salários e encargos (parte básica das equipes)
- Transportes
- Despesas administrativas
- Salários e encargos odontológicos
- Salários e encargos (outros)

Optou-se por eliminar, nesses componentes, todos os valores situados fora do intervalo $\bar{x} \pm 2s$, sendo $\bar{x}$ a média aritmética e s o desvio padrão do componente na amostra total das equipes. Como se sabe, na hipótese de os valores serem normalmente distribuídos, custos situados fora desse intervalo podem ser considerados estatisticamente pouco prováveis. Por exemplo, poderiam resultar de algum erro de cálculo. Listamos a seguir, baseados no Quadro S.2.1, as equipes e os valores eliminados por esse critério:



- Salários e Encargos (parte básica das equipes)

Eliminaram-se os valores superiores a R\$17.659 e inferiores a R\$ 1.259.

Município	Equipe	Custo (R\$)
Curitiba	17	18.001
Porto Alegre	2	17.709
Brasília	1	22.651
Brasília	2	22.651
Brasília	3	22.651
Brasília	4	22.651
Brasília	5	22.651
Total	7	148.965

A redução do custo por equipe é calculada da seguinte forma:

- Custos totais anteriores: R\$ 1.089.719
- Número de equipes considerado anteriormente: 114
- Custo médio anterior: $R\$ 1.089.719 / 114 = R\$ 9.559$ por equipe
- Custos totais após eliminação dos extremos: $R\$ 1.089.719 - R\$ 148.965 = R\$ 940.754$
- Número de equipes agora consideradas: $114 - 7 = 107$
- Custo médio após eliminação dos extremos: $R\$ 940.745 / 107 = R\$ 8.792$
- Número médio de pessoas cadastradas por equipe = 3.521
- Custo per capita anterior: $R\$ 9.559 / 3.521 = R\$ 2,71$
- Novo custo per capita: $R\$ 8.792 / 3.521 = R\$ 2,50$
- Redução de custo por equipe: $R\$ 9.559 - 8.792 = R\$ 767$
- Redução de custo per capita: $R\$ 2,71 - R\$ 2,50 = R\$ 0,21$

- Despesas de Transporte (parte básica das equipes)

Eliminaram-se os valores superiores a R\$ 7.101 ($\bar{x} + 2s$)

Município	Equipe	Custo (R\$)
Granjeiro	1	8.062
Granjeiro	2	8.062
Sobral	13	8.056
Sobral	17	7.994
Divinolândia de Minas	1	8.132
Arroio Trinta	1	7.856
Buriti de Goiás	1	8.728
Total	7	56.890

Efetuando cálculos idênticos aos feitos anteriormente com salários, obtêm-se os resultados seguintes:

Redução de custo por equipe: R\$ 585

Redução de custo per capita: R\$ 0,17

- Despesas de Administração (parte básica das equipes)

Eliminaram-se os valores superiores a R\$ 6.404 ($\bar{x} + 2s$)

Município	Equipe	Custo (R\$)
Rolim de Moura	50	6.539
Rio Branco	3	6.616
Rio Banco	5	6.566
Palmeira dos Índios	1	9.347
Palmeira dos Índios	2	9.346
Mandaguari	2	6.613
Porto Alegre	2	7.443
Total	7	52.470



Redução de custo por equipe: R\$ 417

Redução do custo per capita: R\$ 0,12

- Salários e Encargos Odontológicos (equipes ampliadas)

Eliminaram-se os valores superiores a R\$ 5.959 ($\bar{x} + 2s$). A única equipe fora da faixa $\bar{x} \pm 2s$ é a equipe 1 de Curitiba, com salários e encargos odontológicos de R\$ 7.169.

A redução de custos por equipe é R\$ 86

Redução de custos per capita = R\$ 0,02

- Salários e Encargos Outros (equipes ampliadas)

Eliminaram-se os valores superiores a R\$ 11.032 ($\bar{x} + 2s$)

Município	Equipe	Custo (R\$)
São Sebastião	3	12.865
Brasília	1	14.111
Brasília	3	14.111
Brasília	4	14.111
Brasília	5	14.111
Total	5	69.309

Redução de custos por equipe: R\$ 1.223

Redução de custos per capita: R\$ 0,35

O Quadro que segue resume a redução de custos obtida com a exclusão de valores extremos, nas equipes básicas e ampliadas.

Componente de Custo	Redução de Custos com Exclusão de Extremos (R\$)			
	Equipe Básica		Equipe Ampliada	
	Total	Per Capita	Total	Per Capita
Salários e Encargos	767	0,21	767	0,21
Transporte	585	0,17	585	0,17
Despesas Administrativas	417	0,12	417	0,12
Salários e Encargos Odontológicos	-	-	86	0,02
Salários e Encargos (outros)	-	-	1.223	0,35
Total	1.769	0,50	3.078	0,87

Referindo-nos ao quadro 7.1.3, os novos custos, comparados aos custos anteriores, em que os extremos não eram eliminados, são os seguintes, para o País.

Custos Médios das Equipes, com e sem Eliminação de Extremos

	Equipe Básica		Equipe Ampliada	
	Total	Per Capita	Total	Per Capita
Custo sem eliminação de extremos	17.903	5,11	28.322	7,99
Custos com eliminação de extremos	16.134	4,61	25.244	7,12

Essa série de cálculos foi efetuada para ilustrar o impacto da eliminação dos valores extremos sobre o custo do Programa de Saúde da Família. A redução resultante de custo é expressiva, da ordem de 10% a 11%. Mas a ordem de grandeza não é profundamente alterada. Uma amostra maior seria necessária para poder ter a garantia que essa eliminação seja justificada.

S.3. Esclarecimentos sobre a Incidência dos Salários na Composição dos Custos do PSF

No segmento hospitalar da área de saúde é razoavelmente conhecida a contribuição percentual dos diversos componentes de custo. A Consultoria constatou, em diversos estudos, por ela realizados em hospitais, que os custos são distribuídos de acordo com sistemas diversos de classificação, contábeis ou financeiros, conforme se vê nos exemplos seguintes:

Santa Casa de Misericórdia (Estado de São Paulo - 1992)

	Custos Contábeis %	Dispêndios Financeiros (Caixa) %
Pessoal	56,53	63,22
Fornecedores (Materiais e Serviços)	34,08	29,15
Despesas Gerais (força, fone, outros)	2,80	2,49
Juros e Impostos	6,60	5,15
Total	100,01	100,01

Hospital Público Federal (Paraná - 1997)

	%
Folha	71
Fornecedores (Materiais e Serviços)	28
Energia e Água	1
Total	100

Nos hospitais públicos, muitos custos, como aluguéis, depreciação, juros, não são levados em conta.

**Associação Hospital Particular
(Estado de São Paulo - 1999)**

	%
Pessoal (Salários, Encargos, Benefícios)	74,06
Materiais	18,41
Serviços de Terceiros	6,42
Despesas Bancárias	0,68
Investimentos	0,43
Total	100,00

Na área ambulatorial, um dos mais representativos serviços privados de assistência médica a trabalhadores da área industrial (consultas e laboratórios) apresentou em junho de 1998 a seguinte composição de custos contábeis:

	%
Pessoal e Encargos	65,22
Materiais e Despesas Gerais	14,10
Serviços de Terceiros	16,39
Depreciação	2,76
Despesas Financeiras	0,81
Despesas Tributárias	0,72
Total	100,00

Neste pioneiro estudo da Consultoria sobre o PSF, é apresentada, na Figura 7.2.1, a percentagem de 46,62% para salários e encargos das equipes básicas, que, à primeira vista, parece baixa. Convém observar, entretanto, que esses são apenas os salários e encargos diretos de equipe de saúde: médico, pessoal de enfermagem e agentes de saúde. Muitos salários e encargos encontram-se nas rubricas: despesas administrativas e outros salários e encargos.

Reagrupando os dados da Figura 7.2.1, relativa às equipes básicas, atribuindo-se à rubrica salários as despesas administrativas, vem a seguinte incidência dos componentes de custo:



		%
Salários e Encargos	46,62 + 15,00 + 4,11	= 65,73
Materiais	12,55 + 1,18 + 2,84	= 16,57
Serviços de Terceiros	6,32 + 9,43	= 15,75
Depreciação		= 1,95
Total:		= 100,00

Para as equipes ampliadas, o reagrupamento dos componentes de custo da Figura 7.2.2 resulta na composição seguinte:

		%
Salários e Encargos	38,34 + 6,39 + 9,15 + 6,92 + 10,96	= 71,76
Materiais	5,47 + 1,48 + 1,99 + 2,75	= 11,69
Serviços de Terceiros	6,03 + 7,30	= 13,33
Depreciação	2,3 + 0,92	= 3,22
Total:		= 100,00

Com essa reclassificação dos custos, os salários e encargos passam a representar parcela mais significativa.



S.4. Esclarecimentos sobre os Mecanismos de Rateio e Depreciação

Enquanto os custos diretos, imediatamente atribuíveis a cada equipe, não exigem rateio, os custos administrativos, gerais e de diversos serviços devem ser distribuídos entre equipes.

Municípios que dispõem de um eficiente sistema de apuração de custos têm condições de efetuar esse rateio com precisão; já os que não possuem um controle organizado de custos enfrentam dificuldades para fornecer informes corretos sobre a parcela de gastos administrativos, de despesas de transporte e de medicamentos e materiais de responsabilidade de cada equipe.

A apuração dos custos, em qualquer instituição, seja indústria, comércio, escola, hospital, seja entidade pública, requer elevado grau de estruturação administrativa, que nem todas as organizações possuem. São necessários controles dos materiais consumidos, cadastros dos equipamentos, ordens de serviço de manutenção e transporte, e uma contabilidade rigorosamente em dia.

Os municípios que compuserem a amostra foram em grande parte selecionados por se considerar que teriam razoáveis condições de informar os dados. Quando esses não foram fornecidos, a própria Consultoria efetuou o rateio.

Os orçamentos dos Municípios, das respectivas Secretarias de Saúde e dos PSF tinham sido solicitados a fim de conferir os cálculos do rateio. Seriam usados, conforme explicado no parágrafo 5.6 do Manual de Apuração dos Custos do PSF, caso alguns gastos, como informática ou contabilidade, estivessem centralizados no Município ou na Secretaria, os orçamentos também eram relevantes como informação geral, embora não estivessem sempre correspondentes aos custos realizados.



Constatou-se que o PSF tem administração própria em praticamente todos os municípios, não sendo necessário, na prática, atribuir-lhe despesas da Secretaria da Saúde nem do Município. As equipes preencheram o formulário BXII (Figura 14 do Manual) dividindo entre si as despesas administrativas, os serviços diversos e as despesas gerais da estrutura do PSF do Município.

Para efetuar a depreciação dos equipamentos médicos, a Consultoria solicitou às equipes de PSF listar os itens de ativo fixo existentes e indicar os valores de aquisição. Foram depreciados em 12 meses, por tratar-se de itens de reduzido valor, fáceis de quebrar ou extraviar, como balanças, refrigeradores e instrumentos portáteis. Equipamentos odontológicos, cuja listagem as equipes forneceram, foram depreciados em 5 anos, atribuindo-se lhes o valor comercial corrente.



S.5. Significado de Custo Médio para Finalidades de Extrapolação dos Custos para uma População Maior

Seria altamente desejável que as equipes do PSF fossem estruturadas e funcionassem de acordo com um padrão uniforme, o que se refletiria numa perfeita homogeneidade dos custos.

Nesse caso todos os municípios que possuem equipes de PSF seguiriam rigorosamente as recomendações do Ministério, ou seja:

- Teriam um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e no mínimo 4 agentes comunitários de saúde. Toda a equipe trabalharia em regime de tempo integral e seriam registrados.
- Pagariam salários de cerca de R\$ 4 mil a médicos; R\$ 2 mil às enfermeiras; R\$ 1 mil aos auxiliares de enfermagem; e dois ou três salários mínimos aos agentes.

As equipes não se enquadram nesse modelo rígido. Existem equipes menores, outras maiores; salários superiores e inferiores aos valores mencionados.

Há que se reconhecer à dificuldade em recrutar médicos e fixá-los no programa para a remuneração indicada, sobretudo em municípios isolados, e em condições variadas de oferta e procura de profissionais.

A composição e a remuneração de equipes refletem a considerável diversidade de condições existentes nos municípios.

Considerações semelhantes aplicam-se aos outros componentes de custo, tais como salários de odontólogos e outros membros das equipes odontológicas; e às despesas de transporte, sendo que municípios distantes enfrentam gastos de remoção de pacientes e condução de pessoas aos grandes centros, o que não ocorre nas capitais.



Essas situações particulares dos municípios e equipes têm sido resolvidas graças à criatividade das Secretarias de Saúde dos municípios, que tiveram de se adaptar com rapidez à necessidade de expandir o programa.

A média aritmética possui exatamente a virtude de ser mais significativa do que qualquer valor individual num conjunto de elementos de valor diferente.

Na ausência de outras informações, é a média aritmética que deve ser utilizada na extrapolação dos custos para uma população maior.

S.6. Distinção entre não Resposta e Resposta Zero

Deve-se distinguir, nas diversas respostas individuais das equipes, entre resposta em branco (não resposta) e resposta zero. A primeira significa que o município não sabe, desconhece o valor da despesa em foco; a segunda indica que o valor é nulo, ou seja, que não houve despesa identificada nesta rubrica, pelo menos no mês ou trimestre enfocado.

O tratamento dado pela Consultoria na tabulação desses dois tipos de resposta foi o seguinte, para cada componente de custo:

- Resposta em branco. Desconsiderou-se a resposta, no cálculo da média, tanto no numerador quanto no denominador, isto é, no número de equipes pelo qual o valor total foi dividido.
- Resposta zero. Considerou-se a resposta como verdadeiramente nula. No cálculo da média, o valor zero foi levado em conta no numerador. No denominador, foi incorporada a equipe que respondeu zero como elemento integrante da amostra.

Esse mecanismo permite a eliminação das respostas em branco sem prejudicar a representatividade do valor médio. Possibilitou também, sem afetar a validade do custo médio, eliminar respostas duvidosas, que não era possível esclarecer e foram tratadas como as respostas em branco.



S.7. Custo de uma Equipe de Saúde Bucal

A Portaria nº 1444/ GM de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde, estabeleceu incentivos para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

No seu Artigo 4º, a Portaria estabelece a relação média de uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família. Significa que uma equipe de saúde bucal deve atender em média 6900 habitantes.

O Banco de Dados montado pela Consultoria e parcialmente reproduzido nos Quadros S.7.1, S.7.2 e S.7.3 permite calcular o custo da equipe da saúde bucal, composta pelos profissionais de odontologia (cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e, se for o caso, técnico de higiene dental, sendo, ainda, incluídos no custo a depreciação do equipamento e o material odontológico).

Levando-se em conta as 56 equipes ampliadas que forneceram informações odontológicas, obtém-se um custo de R\$ 5156 para o subconjunto odontológico das despesas mensais, ou seja, $R\$ 5156 / R\$ 3450 = R\$ 1,49$ por habitante por mês, admitindo-se a média de 3450 pessoas por equipe. Esse seria o custo de uma equipe da saúde bucal incorporada a uma ou duas equipes existentes de saúde da família.

Como a Portaria nº 1444/2000 prevê que a equipe de saúde bucal deve atender a 6900 e não a 3450 habitantes, o custo per capita da saúde bucal seria de $R\$ 1,49 / 2 = R\$ 0,75$ por habitante – mês.

O custo anual para o País, da saúde bucal, no quadro do PSF, seria então:

$R\$ 80.000.000 \times 0,75 \times 12 = R\$ 720$ milhões.

Esse custo insere-se no custo do atendimento considerado “ideal” ou “ampliado” no Relatório Final da Consultoria.



Quadro S.7.1 - Banco de Dados do PSF

Média Trimestral																												
Equipe Básica															Equipe Ampliada													
Nome do Município	Região	Faixa Populacional	Equipe Nº	Básica / Ampl.	Urbana / Rural	População Cadastrada da Equipe	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	SubTotal 1 (Custo da equipe básica)	Salários e Encargos (outros)	SubTotal 2	Total da Equipe Básica	Per Capita	Salários e Encargos (odontológico)	Salários de outros profissionais de odontologia	Material Odontológico	Depreciação do Material Odontológico	SubTotal 2 (Custo da Odontologia)	Salários e Encargos (outros)	SubTotal 3	Total da Equipe Ampliada	Per Capita
CUJUBIM	N	00 a 05	1	Eq. Amp.	Rural	3.400	12.191	575	670	4.164	341	5.394	6.222	-	-	-	-	29.557	8,69	1.083	-	-	-	1.083	5.714	5.714	36.354	10,69
MÂNCIO LIMA	N	05 a 10	1	Eq. Bas.	Urbana	2.925	5.050	1.222	482	312	219	0	4.050	2.593	13.928	88	88	14.016	4,79	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MÂNCIO LIMA	N	05 a 10	2	Eq. Bas.	Rural	2.950	5.050	4.123	33	228	135	0	4.680	2.593	16.842	-	-	16.842	5,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MÂNCIO LIMA	N	05 a 10	3	Eq. Bas.	Urbana	1.848	5.050	1.112	59	200	218	0	4.950	2.593	14.182	160	160	14.342	7,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OURILÂNDIA DO NORTE	N	10 a 30	1	Eq. Amp.	Urbana	2.651	11.488	861	679	347	527	3.976	2.571	2.289	-	-	-	22.738	8,58	2.378	239	711	178	3.506	424	424	26.667	10,06
OURILÂNDIA DO NORTE	N	10 a 30	4	Eq. Amp.	Urbana	1.031	10.842	853	482	347	341	3.727	2.513	2.060	-	-	-	21.165	20,53	2.378	239	711	179	3.507	405	405	25.077	24,32
FONTE BOA	N	10 a 30	8	Eq. Amp.	Urbana	3.450	7.664	-	384	923	200	-	-	1.570	-	-	-	10.741	3,11	1.590	-	-	-	1.590	467	467	12.798	3,71
FONTE BOA	N	10 a 30	9	Eq. Amp.	Urbana	3.450	6.626	-	317	923	323	-	-	-	-	-	-	8.189	2,37	1.590	-	-	-	1.590	467	467	10.246	2,97
FONTE BOA	N	10 a 30	10	Eq. Amp.	Urbana	3.450	7.024	-	3.840	923	203	-	-	-	-	-	-	11.990	3,48	1.590	-	-	-	1.590	467	467	14.047	4,07
ROLIM DE MOURA	N	30 a 50	50	Eq. Bas.	Urbana	5.560	9.660	2.141	221	1.923	478	3.341	102	6.539	24.405	492	492	24.897	4,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ROLIM DE MOURA	N	30 a 50	53	Eq. Bas.	Urbana	5.796	11.462	1.413	332	3.575	510	1.720	85	5.159	-	-	-	24.256	4,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUCUMA	N	30 a 50	5	Eq. Bas.	Rural	3.330	4.938	6.530	0	747	857	-	1.859	-	14.931	188	188	15.119	4,54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUCUMA	N	30 a 50	1	Eq. Amp.	Urbana	6.106	5.786	12.231	919	747	857	-	1.619	-	-	-	-	22.160	3,63	1.680	-	1.737	438	3.855	751	751	26.766	4,38
CRUZEIRO DO SUL	N	50 a 100	8	Eq. Bas.	Urbana	3.646	5.468	631	9	60	1.078	-	3.825	2.005	13.076	-	-	13.076	3,59	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CRUZEIRO DO SUL	N	50 a 100	1	Eq. Amp.	Urbana	3.646	5.106	474	7	328	1.080	-	5.517	3.380	-	-	-	15.892	4,36	2.352	-	-	-	2.352	3.852	3.852	22.096	6,06
CRUZEIRO DO SUL	N	50 a 100	9	Eq. Amp.	Urbana	3.314	4.955	1.951	12	100	1.053	-	3.825	2.916	-	-	-	14.812	4,47	1.500	-	-	566	2.066	-	-	16.878	5,09
IGARAPÉ MIRIM	N	30 a 50	1	Eq. Bas.	Urbana	5.428	4.901	1.767	72	508	121	779	830	2.788	11.767	1.131	1.131	12.898	2,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IGARAPÉ MIRIM	N	30 a 50	3	Eq. Bas.	Rural	4.310	4.332	1.682	-	479	197	745	960	857	9.252	-	-	9.252	2,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO BRANCO	N	mais de 100	3	Eq. Bas.	Urbana	4.000	12.768	4.034	71	810	-	2.503	1.686	6.616	28.489	4.034	-	28.489	7,12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO BRANCO	N	mais de 100	5	Eq. Bas.	Urbana	4.000	12.768	4.051	72	796	-	2.518	1.686	6.566	28.457	-	-	28.457	7,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PORTO VELHO	N	mais de 100	5	Eq. Amp.	Rural	2.641	3.846	378	120	418	519	479	320	492	-	-	-	6.573	2,49	453	-	834	171	1.458	635	635	8.666	3,28
PORTO VELHO	N	mais de 100	13	Eq. Amp.	Rural	2.191	6.054	383	126	268	614	584	737	676	-	-	-	9.442	4,31	453	-	834	171	1.458	635	635	11.536	5,27
GRANJEIRO	NE	00 a 05	1	Eq. Amp.	Urbana	2.784	8.856	1.642	80	476	-	384	8.062	5.384	-	-	-	24.885	8,94	350	-	-	-	350	895	895	26.130	9,39
GRANJEIRO	NE	00 a 05	2	Eq. Amp.	Rural	2.060	8.856	1.642	80	475	-	369	8.062	5.384	-	-	-	24.869	12,07	350	-	-	-	350	895	895	26.114	12,68
CARIÚS	NE	10 a 30	1	Eq. Bas.	Rural	3.276	9.297	3.547	154	287	540	132	446	1.530	15.934	-	-	15.934	4,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CARIÚS	NE	10 a 30	2	Eq. Bas.	Urbana	4.370	9.297	3.547	61	287	651	132	65	1.555	15.596	-	-	15.596	3,57	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO LUIS DO QUITUNDE	NE	30 a 50	5	Eq. Bas.	Urbana	2.832	5.406	366	89	382	-	656	543	3.548	10.990	85	85	11.075	3,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO LUIS DO QUITUNDE	NE	30 a 50	7	Eq. Bas.	Urbana	2.272	5.607	367	84	381	-	160	543	3.412	10.555	85	85	10.640	4,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMAROOSA	NE	30 a 50	1	Eq. Bas.	Urbana	3.843	10.120	2.118	927	370	649	308	140	240	14.873	1.741	1.741	16.614	4,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMAROOSA	NE	30 a 50	2	Eq. Amp.	Urbana	4.736	9.503	1.278	117	482	644	410	140	240	-	-	-	12.815	2,71	1.552	-	85	149	1.786	578	578	15.179	3,21
CRATEÚS	NE	50 a 100	5	Eq. Bas.	Rural	3.450	6.429	1.944	139	18	-	598	-	-	9.128	300	300	9.428	2,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CRATEÚS	NE	50 a 100	14	Eq. Bas.	Rural	3.450	5.099	2.284	335	53	-	461	1.171	-	9.402	-	-	9.402	2,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALMEIRA DOS ÍNDIOS	NE	50 a 100	1	Eq. Bas.	Rural	5.325	7.415	5.574	196	117	216	170	764	9.347	23.799	765	765	24.564	4,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALMEIRA DOS ÍNDIOS	NE	50 a 100	2	Eq. Bas.	Rural	2.189	6.660	5.574	79	117	216	2.312	764	9.346	25.068	765	765	25.833	11,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALMEIRA DOS ÍNDIOS	NE	50 a 100	9	Eq. Bas.	Urbana	4.115	6.660	5.576	79	-	216	-	0	-	12.531	765	765	13.296	3,23	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERESINA	NE	mais de 100	5	Eq. Bas.	Urbana	3.385	5.730	3.094	226	179	-	1.268	0	1.708	12.205	-	-	12.205	3,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERESINA	NE	mais de 100	10	Eq. Bas.	Urbana	3.556	6.530	1.818	197	142	-	1.356	0	1.708	11.771	-	-	11.771	3,31	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERESINA	NE	mais de 100	19	Eq. Bas.	Rural	2.743	6.530	972	173	177	-	-	0	1.708	9.580	-	-	9.580	3,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERESINA	NE	mais de 100	18	Eq. Bas.	Rural	2.759	6.910	508	41	39	183	70	61	1.708	9.520	-	-	9.520	3,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-



Quadro S.7.2 - Banco de Dados do PSF

Média Trimestral																												
Equipe Básica																Equipe Ampliada												
Nome do Município	Região	Faixa Populacional	Equipe Nº	Básica / Ampl.	Urbana / Rural	População Cadastrada da Equipe	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	SubTotal 1 (Custo da equipe básica)	Salários e Encargos (outros)	SubTotal 2	Total da Equipe Básica	Per Capita	Salários e Encargos (odontológico)	Salários de outros profissionais de odontologia	Material Odontológico	Depreciação do Material Odontológico	SubTotal 2 (Custo da Odontologia)	Salários e Encargos (outros)	SubTotal 3	Total da Equipe Ampliada	Per Capita
TERESINA	NE	mais de 100	22	Eq.Bas.	Urbana	2.761	6.370	2.279	67	150	717	1.650	0	1.708	12.941	-	-	12.941	4,69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERESINA	NE	mais de 100	29	Eq.Bas.	Rural	1.938	6.370	1.288	84	144	183	446	-	1.708	10.223	-	-	10.223	5,28	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRAL	NE	mais de 100	7	Eq.Bas.	Urbana	2.300	9.940	4.200	492	285	65	4.651	620	1.938	22.211	1.494	1.494	23.704	9,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRAL	NE	mais de 100	11	Eq.Bas.	Urbana	3.195	14.261	3.726	132	372	102	137	210	1.918	20.859	700	700	21.558	6,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRAL	NE	mais de 100	13	Eq.Bas.	Rural	3.564	11.586	3.835	515	582	697	332	8.056	1.134	26.736	2.752	2.752	29.488	8,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRAL	NE	mais de 100	17	Eq.Bas.	Rural	5.685	7.497	2.229	513	472	575	1.327	7.994	1.448	22.054	2.320	2.320	24.374	4,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMARAGIBE	NE	mais de 100	6	Eq.Amp.	Urbana	3.760	8.678	1.414	138	138	219	4.215	587	1.355	-	-	-	16.745	4,45	3.027	1.476	3.819	211	8.533	245	245	25.523	6,79
CAMARAGIBE	NE	mais de 100	19	Eq.Amp.	Urbana	5.078	9.294	1.271	151	128	211	1.132	520	1.369	-	-	-	14.076	2,77	3.256	1.482	3.819	211	8.768	246	246	23.090	4,55
ARACAJU	NE	mais de 100	2	Eq.Amp.	Urbana	3.504	5.743	1.029	140	237	-	2.810	7.053	-	-	-	-	17.012	4,86	2.533	441	-	163	3.137	-	-	20.149	5,75
ARACAJU	NE	mais de 100	5	Eq.Amp.	Urbana	3.064	6.127	1.148	134	212	-	2.810	-	-	-	-	-	10.431	3,40	-	-	455	197	652	1.508	1.508	12.590	4,11
ARACAJU	NE	mais de 100	6	Eq.Amp.	Urbana	3.324	5.737	767	-	-	-	2.810	-	-	-	-	-	9.314	2,80	1.313	-	639	73	2.025	-	-	11.339	3,41
ARACAJU	NE	mais de 100	6	Eq.Amp.	Urbana	3.324	4.866	767	-	404	-	2.810	-	-	-	-	-	8.867	2,67	1.372	-	639	73	2.084	1.243	1.243	12.194	3,67
ARACAJU	NE	mais de 100	6	Eq.Amp.	Urbana	3.148	7.059	767	-	404	-	2.810	-	-	-	-	-	11.060	3,51	-	-	639	73	712	-	-	11.772	3,74
CAMPINA GRANDE	NE	mais de 100	4	Eq.Bas.	Urbana	3.372	9.262	619	86	61	247	1.633	-	614	12.523	1.274	1.274	13.797	4,09	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPINA GRANDE	NE	mais de 100	10	Eq.Bas.	Urbana	2.604	9.262	1.411	113	128	275	1.629	-	533	13.351	1.274	1.274	14.625	5,62	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIVINOLÂNDIA DE MINAS	SE	05 a 10	1	Eq.Bas.	Urbana	2.424	5.105	508	277	6.060	-	1.169	8.132	2.029	23.281	-	-	23.281	9,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BANANAL	SE	05 a 10	1	Eq.Bas.	Urbana	3.456	6.262	825	175	238	273	188	2.400	189	10.569	-	-	10.569	3,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BANANAL	SE	05 a 10	2	Eq.Bas.	Urbana	2.404	5.426	643	135	202	241	318	2.400	130	9.494	264	264	9.758	4,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIÁ	SE	10 a 30	1	Eq.Bas.	Urbana	3.602	8.158	1.310	231	418	284	967	0	1.372	12.740	-	-	12.740	3,54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIÁ	SE	10 a 30	5	Eq.Bas.	Urbana	2.667	8.183	1.522	231	135	42	1.063	0	1.203	12.379	-	-	12.379	4,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIÁ	SE	10 a 30	6	Eq.Bas.	Rural	3.150	9.496	949	228	47	22	360	2.558	807	14.466	712	712	15.178	4,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BOA ESPERANÇA	SE	30 a 50	1	Eq.Bas.	Urbana	3.936	8.216	294	0	0	143	-	0	-	8.653	-	-	8.653	2,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BOCAIÚVA	SE	30 a 50	1	Eq.Bas.	Urbana	4.500	8.809	2.546	0	339	-	111	117	1.284	13.227	-	-	13.227	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BOCAIÚVA	SE	30 a 50	4	Eq.Bas.	Urbana	2.850	8.299	2.546	0	335	-	611	336	877	13.004	-	-	13.004	4,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO SEBASTIÃO	SE	30 a 50	3	Eq.Amp.	Urbana	2.759	12.374	1.172	11	663	-	2.849	-	-	-	-	-	17.069	6,19	2.069	-	303	242	2.614	12.865	12.865	32.548	11,80
SÃO SEBASTIÃO	SE	30 a 50	8	Eq.Amp.	Urbana	3.638	15.016	736	21	824	-	1.694	-	-	-	-	-	18.291	5,03	2.079	-	89	242	2.410	6.884	6.884	27.585	7,58
AMPARO	SE	50 a 100	2	Eq.Amp.	Urbana	3.836	14.800	1.291	365	106	320	1.553	2.710	3.420	-	-	-	24.565	6,40	2.785	-	70	195	3.050	2.992	2.992	30.607	7,98
AMPARO	SE	50 a 100	5	Eq.Amp.	Urbana	3.200	14.059	1.371	557	166	320	1.760	5.328	3.420	-	-	-	26.961	8,43	2.785	-	128	176	3.089	2.992	2.992	33.042	10,33
ARACRUZ	SE	50 a 100	2	Eq.Amp.	Urbana	5.094	12.155	1.837	83	331	1.824	1.196	238	2.082	-	-	-	19.745	3,88	5.370	433	404	217	6.424	2.075	2.075	28.244	5,54
ARACRUZ	SE	50 a 100	4	Eq.Amp.	Urbana	2.714	10.317	822	85	235	1.166	1.205	2.131	2.241	-	-	-	18.202	6,71	4.328	433	515	217	5.493	2.148	2.148	25.843	9,52
SANTA LUZIA	SE	mais de 100	9	Eq.Amp.	Urbana	4.563	7.894	846	142	69	218	2.196	-	732	-	-	-	12.097	2,65	885	938	2.068	763	4.654	494	494	17.245	3,78
SANTA LUZIA	SE	mais de 100	10	Eq.Amp.	Urbana	4.742	7.894	846	142	69	218	2.196	-	732	-	-	-	12.097	2,55	885	938	2.068	763	4.654	494	494	17.245	3,64
SANTA LUZIA	SE	mais de 100	19	Eq.Amp.	Urbana	2.161	7.894	846	142	69	218	2.196	-	732	-	-	-	12.097	5,60	885	938	1.841	763	4.427	494	494	17.018	7,88
CONTAGEM	SE	mais de 100	16	Eq.Bas.	Urbana	3.050	8.807	828	70	213	47	-	200	967	11.131	325	325	11.456	3,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONTAGEM	SE	mais de 100	7	Eq.Bas.	Urbana	3.050	9.636	-	361	282	17	-	200	2.153	12.649	325	325	12.974	4,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONTAGEM	SE	mais de 100	46	Eq.Bas.	Urbana	3.050	8.970	828	138	202	-	-	200	2.702	13.040	325	325	13.365	4,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONTAGEM	SE	mais de 100	1	Eq.Bas.	Urbana	3.050	9.636	-	174	429	47	-	200	2.374	12.860	325	325	13.185	4,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MAUÁ	SE	mais de 100	1	Eq.Amp.	Urbana	3.413	11.199	1.183	134	1.719	-	1.204	38	1.502	-	-	-	16.978	4,97	1.789	-	639	446	2.874	2.366	2.366	22.219	6,51
MAUÁ	SE	mais de 100	2	Eq.Amp.	Urbana	4.202	11.199	1.093	106	1.422	-	1.204	33	1.502	-	-	-	16.560	3,94	1.789	-	713	511	3.013	2.676	2.676	22.249	5,29
MAUÁ	SE	mais de 100	3	Eq.Amp.	Urbana	3.710	11.199	1.061	110	1.292	128	1.204	32	1.502	-	-	-	16.529	4,46	1.789	-	713	-	2.502	2.676	2.676	21.707	5,85
MAUÁ	SE	mais de 100	4	Eq.Amp.	Urbana	4.454	11.199	1.093	105	1.244	128	1.204	35	1.502	-	-	-	16.510	3,71	1.789	-	713	-	2.502	2.676	2.676	21.688	4,87
TRES ARROIOS	S	00 a 05	1	Eq.Amp.	Urbana	3.098	11.952	830	13	245	572	907	553	1.046	-	-	-	16.118	5,20	1.212	-	245	171	1.628	3.924	3.924	21.669	6,99
ARROIO TRINTA	S	00 a 05	1	Eq.Bas.	Urbana	3.534	9.375	4.129	90	347	840	2.440	7.856	7.633	32.710	-	-	32.710	9,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-



Quadro S.7.3 - Banco de Dados do PSF

Média Trimestral																											
Equipe Básica													Equipe Ampliada														
Região	Faixa Populacional	Equipe Nº	Básica / Ampl.	Urbana / Rural	População Cadastrada da Equipe	Salários e Encargos	Medicamentos	Vacinas	Material de Enfermagem	Depreciação do Material Permanente	Exames Realizados	Despesas de Transporte	Desp. Adm., Serviços Diversos e Despesas Gerais	SubTotal 1 (Custo da equipe básica)	Salários e Encargos (outros)	SubTotal 2	Total da Equipe Básica	Per Capita	Salários e Encargos (odontológico)	Salários de outros profissionais de odontologia	Material Odontológico	Depreciação do Material Odontológico	SubTotal 2 (Custo da Odontologia)	Salários e Encargos (outros)	SubTotal 3	Total da Equipe Ampliada	Per Capita
S	05 a 10	1	Eq.Bas.	Urbana	3.879	7.676	-	56	-	-	-	0	1.260	8.992	0	-	8.992	2,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	05 a 10	1	Eq.Amp.	Rural	3.630	8.035	4.282	17	1.424	307	3.973	2.000	1.895	-	-	-	22.134	6,06	1.551	-	523	221	2.295	3.911	3.911	28.340	7,76
S	10 a 30	2	Eq.Bas.	Urbana	6.068	7.083	2.629	495	312	334	1.253	4.368	6.110	22.584	252	252	22.835	3,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	10 a 30	1	Eq.Amp.	Urbana	3.989	7.344	4.058	635	441	361	1.243	5.079	6.613	-	-	-	25.772	6,46	-	-	-	-	705	705	26.477	6,64	
S	50 a 100	2	Eq.Amp.	Urbana	4.921	8.048	855	212	94	188	405	1.626	1.093	-	-	-	12.520	2,54	3.646	-	66	165	3.877	-	-	16.398	3,33
S	50 a 100	3	Eq.Amp.	Urbana	2.786	7.096	700	159	128	281	411	1.646	863	-	-	-	11.284	4,05	2.038	-	118	235	2.390	-	-	13.675	4,91
S	50 a 100	1	Eq.Amp.	Urbana	4.304	-	2.836	-	158	348	957	-	720	-	-	-	5.019	1,17	4.462	911	847	152	6.372	-	-	11.390	2,65
S	50 a 100	2	Eq.Amp.	Urbana	4.520	-	4.931	179	665	686	1.512	-	1.470	-	-	-	9.443	2,09	4.462	870	847	254	6.433	-	-	15.876	3,51
S	mais de 100	2	Eq.Bas.	Urbana	5.264	17.709	2.447	294	294	220	2.227	-	7.443	30.635	-	-	30.635	5,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	mais de 100	4	Eq.Bas.	Urbana	4.836	14.037	6.193	88	544	184	2.485	-	529	24.061	-	-	24.061	4,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	mais de 100	18	Eq.Bas.	Urbana	3.456	14.084	3.140	172	457	231	1.697	-	536	20.318	-	-	20.318	5,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	mais de 100	10	Eq.Bas.	Urbana	3.120	8.080	1.438	26	134	606	1.095	120	1.829	13.328	-	-	13.328	4,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	mais de 100	1	Eq.Amp.	Urbana	1.982	16.181	2.174	-	766	1.480	1.062	1.542	1.076	-	-	-	24.282	12,25	7.169	5.982	671	314	14.136	3.134	3.134	41.553	20,97
S	mais de 100	17	Eq.Amp.	Urbana	1.600	18.001	1.217	4.127	656	1.674	589	2.737	1.296	-	-	-	30.298	18,94	4.287	4.300	421	314	9.321	3.702	3.702	43.321	27,08
S	mais de 100	76	Eq.Amp.	Urbana	3.783	13.376	1.247	716	440	1.423	1.339	715	530	-	-	-	19.787	5,23	4.201	3.302	250	112	7.864	664	664	28.315	7,48
S	mais de 100	8	Eq.Amp.	Urbana	2.904	12.271	1.168	594	776	1.423	1.212	715	566	-	-	-	18.725	6,45	3.453	3.105	254	313	7.125	664	664	26.513	9,13
S	mais de 100	77	Eq.Amp.	Urbana	3.242	10.267	1.210	995	437	791	1.027	682	566	-	-	-	15.974	4,93	3.758	3.406	209	112	7.484	1.899	1.899	25.358	7,82
OO	00 a 05	1	Eq.Bas.	Urbana	2.433	5.189	337	67	300	176	1.411	8.728	4.644	20.852	287	287	21.139	8,69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	00 a 05	1	Eq.Amp.	Urbana	3.807	9.410	379	436	122	-	1.695	351	3.417	-	-	-	15.810	4,15	2.510	-	-	-	2.510	180	180	18.500	4,86
OO	05 a 10	1	Eq.Bas.	Urbana	3.086	-	208	-	365	-	2.612	-	-	3.185	-	-	3.185	1,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	05 a 10	2	Eq.Bas.	Urbana	2.521	-	208	-	365	-	2.612	-	-	3.185	-	-	3.185	1,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	10 a 30	1	Eq.Amp.	Urbana	3.844	12.049	834	542	508	2.601	2.394	986	1.966	-	-	-	21.880	5,69	1.535	-	568	304	2.407	4.363	4.363	28.650	7,45
OO	10 a 30	2	Eq.Amp.	Urbana	2.348	9.341	256	198	91	1.146	640	986	2.467	-	-	-	15.126	6,44	1.535	-	418	290	2.243	1.153	1.153	18.522	7,89
OO	10 a 30	1	Eq.Bas.	Urbana	3.182	11.397	4.169	1.874	1.216	650	1.753	0	815	21.874	736	736	22.610	7,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	10 a 30	2	Eq.Amp.	Urbana	2.720	11.055	2.594	279	416	725	1.135	-	526	-	-	-	16.730	6,15	2.675	366	815	311	4.167	914	914	21.811	8,02
OO	30 a 50	1	Eq.Amp.	Urbana	3.810	12.713	1.190	138	355	105	767	303	778	-	-	-	16.350	4,29	1.273	215	275	42	1.804	2.364	2.364	20.518	5,39
OO	30 a 50	2	Eq.Amp.	Urbana	3.470	13.346	1.550	121	281	129	873	317	797	-	-	-	17.414	5,02	1.273	215	275	42	1.804	1.149	1.149	20.367	5,87
OO	50 a 100	4	Eq.Bas.	Urbana	3.359	12.868	2.005	215	555	712	381	1.147	4.579	22.461	1.059	1.059	23.520	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	50 a 100	6	Eq.Bas.	Urbana	3.662	12.868	1.524	340	606	712	370	1.775	4.479	22.675	1.059	1.059	23.734	6,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	mais de 100	11	Eq.Bas.	Urbana	3.896	6.690	3.479	140	652	280	961	466	1.216	13.884	-	-	13.884	3,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	mais de 100	15	Eq.Bas.	Urbana	3.100	6.690	73	210	576	292	590	471	-	8.902	-	-	8.902	2,87	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OO	mais de 100	1	Eq.Amp.	Urbana	3.196	22.651	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.651	7,09	5.769	3.749	-	-	9.518	14.111	14.111	46.280	14,48
OO	mais de 100	2	Eq.Amp.	Urbana	3.887	22.651	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.651	5,83	5.769	3.749	-	-	9.518	5.644	5.644	37.813	9,73
OO	mais de 100	3	Eq.Amp.	Urbana	4.283	22.651	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.651	5,29	5.769	3.749	-	-	9.518	14.111	14.111	46.280	10,81
OO	mais de 100	4	Eq.Amp.	Urbana	6.050	22.651	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.651	3,74	5.769	3.749	-	-	9.518	14.111	14.111	46.280	7,65
OO	mais de 100	5	Eq.Amp.	Urbana	5.173	22.651	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.651	4,38	5.769	3.749	-	-	9.518	14.111	14.111	46.280	8,95
Soma						1.089.719	206.297	31.963	58.742	41.810	136.234	166.296	216.465	944.319	22.047	22.047	1.969.674	605,16	139.911	48.973	31.987	10.741	231.611	152.073	152.073	1.362.636	427,14
Quant. Eq.						114	107	105	110	85	97	89	94	60	30	29	118	118	54	25	41	41	56	49	49	57	57
Média						9.559	1.928	304	534	492	1.404	1.868	2.303	15.739	735	760	16.891	5,13	2.591	1.959	780	262	4.136	3.104	3.104	23.906	7,49
Máximo						22.651	12.231	4.127	6.060	2.601	5.394	8.728	9.347	32.710	2.752	2.752	32.710	20,53	7.169	5.982	3.819	763	14.136	14.111	14.111	46.280	27,08
Mínimo						3.846	73	0	0	17	0	0	130	3.185	0	85	3.185	1,03	350	215	66	42	350	180	180	8.666	2,65
Desvio Padrão						4150	1770	580	791	458	1130	2445	2051	6679	673	670	6416	3	1684	1711	857	183	3111	3997	3997	9925	5



S.8. Custo Unitário de Atendimento

Para calcular o custo unitário do atendimento das equipes do PSF, dividiu-se o custo mensal total de todas as 91 equipes que forneceram essa informação pelo número total de atendimentos no período, sem distinção de equipes básicas e ampliadas, nem de regiões.

O número total de atendimentos é reproduzido no Quadro 7.3.4. Consta de relatório enviado mensalmente pelo município ao SIAB.

O custo obtido foi de R\$ 13,85 para o País, por atendimento. Convém lembrar que inclui uma pequena parcela de visitas domiciliares do médico, atendimentos odontológicos e de outros profissionais de nível superior, bem como um número expressivo de atendimentos grupais de educação em saúde, que são, todas elas, atividades caras.

O número médio de consultas médicas foi de 400 por mês por equipe, ou seja, 18 por médico por dia, o que evoca a possibilidade de que nem todos os atendimentos tenham sido efetivamente registrados.

Um controle mais minucioso dos atendimentos e dos tempos-padrão necessários para efetua-los seria necessário para conhecer o custo unitário de cada uma das dezenas de modalidades de atendimento realizadas no Programa de Saúde da Família.

Ainda que o atendimento de saúde do PSF não possa ser diretamente comparado ao atendimento ambulatorial, citem-se, a título indicativo, os seguintes valores, levantados pela Consultoria:

- Receita Média unitária de atendimento ambulatorial SUS em hospital paranaense federal: R\$ 13,64, no ano 1997.
- Custo Médio de atendimento ambulatorial da clínica citada em S3, que atende a trabalhadores da área industrial em nove grandes cidades do Estado de São Paulo: R\$ 24,60, em junho de 1998.



Esses atendimentos incluem, como os do PSF, consulta médica (primeira e retorno), exames, procedimentos de enfermagem; excluem custos de transporte e despesas gerais.



S.9. Considerações Finais

Efetuamos, neste Suplemento ao Relatório Final do Programa de Saúde da Família, uma série de análises e de esclarecimentos que foram solicitados pelo Ministério da Saúde.

Reforçando as conclusões apresentadas no Relatório Final, consideramos ser desejável que cada Município estruture um sistema de custo, não somente para seu programa de saúde da família, mas para todas suas atividades relacionadas à saúde, e, quiçá, a todas as funções do município.

Para atingir esse fim, é necessário que o município monte os seguintes sistemas auxiliares de apoio:

- Sistema orçamentário e de controle do orçamento realizado
- Sistema de controle de custeio dos materiais
- Sistema de controle dos veículos de transporte
- Sistema de controle do patrimônio
- Sistema de apuração das despesas gerais e administrativas.

Seria desejável condicionar parte dos incentivos financeiros ao PSF à existência de um sistema de custeio das atividades de assistência médica do município.