

# **O custo do Programa de Saúde da Família e os recursos da União: um estudo em uma equipe do PSF de Mossoró/RN**

**Luma Rafaela Medeiros de Góis Silva** (Ufersa) - luma\_rafaela@hotmail.com

**Thaiseany de Freitas Rêgo** (UFERSA e PUC/PR) - thaiseany@hotmail.com

**José Ribamar Marques de Carvalho** (UACC/CCJS/UFCG) - profribamar@gmail.com

## **Resumo:**

*O presente estudo objetiva analisar se o volume de recursos transferidos pelo Poder Público Federal é suficiente para atender a demanda do Município de Mossoró/RN, considerando o custo de prover os serviços de uma de uma equipe do PSF. Para tanto, foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturada junto aos indivíduos que atuam no planejamento e execução das atividades do PSF e a análise documental. As entrevistas permitiram identificar como o programa funciona e as ações executadas. A determinação do custo se valeu das prerrogativas de distribuição dos recursos por atividades, como preconizado pelo ABC, considerando o exercício de 2012. Com base nos achados, foi possível identificar que a União é responsável por 27,81% de recursos consumidos no programa, o que requer que o Estado e o Município contribuam com um aporte financeiro de 72,19%. Os dados revelam, ainda, que a manutenção de uma equipe do PSF custa em média R\$ 663.005,51, bem como que o custo família cadastrada fica na ordem de R\$ 724,51. Tais dados apontam que os recursos recebidos do Governo Federal sustentam 19 das 63 equipes existentes em Mossoró/RN, o que permite atender a 18.300 famílias. Isso revela que os recursos transferidos são insuficientes para cobrir a demanda de serviços de saúde pública referentes ao PSF.*

**Palavras-chave:** *Custo. ABC. Programa Saúde da Família.*

**Área temática:** *Custos aplicados ao setor público*

## **O custo do Programa de Saúde da Família e os recursos da União: um estudo em uma equipe do PSF de Mossoró/RN**

### **Resumo**

O presente estudo objetiva analisar se o volume de recursos transferidos pelo Poder Público Federal é suficiente para atender a demanda do Município de Mossoró/RN, considerando o custo de prover os serviços de uma de uma equipe do PSF. Para tanto, foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturada junto aos indivíduos que atuam no planejamento e execução das atividades do PSF e a análise documental. As entrevistas permitiram identificar como o programa funciona e as ações executadas. A determinação do custo se valeu das prerrogativas de distribuição dos recursos por atividades, como preconizado pelo ABC, considerando o exercício de 2012. Com base nos achados, foi possível identificar que a União é responsável por 27,81% de recursos consumidos no programa, o que requer que o Estado e o Município contribuam com um aporte financeiro de 72,19%. Os dados revelam, ainda, que a manutenção de uma equipe do PSF custa em média R\$ 663.005,51, bem como que o custo família cadastrada fica na ordem de R\$ 724,51. Tais dados apontam que os recursos recebidos do Governo Federal sustentam 19 das 63 equipes existentes em Mossoró/RN, o que permite atender a 18.300 famílias. Isso revela que os recursos transferidos são insuficientes para cobrir a demanda de serviços de saúde pública referentes ao PSF.

Palavras-chave: Custo. ABC. Programa Saúde da Família.

Área Temática: Custos aplicados ao setor público.

### **1 Introdução**

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS, 2013), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem 25 anos de existência e é fruto de uma grande mobilização social ocorrida no Brasil. A implantação desse sistema proporcionou melhorias para a saúde da população, apesar da mídia divulgar diversos problemas relacionados à falta de estrutura dos hospitais, carência de medicamentos, ausência de médicos e superlotação das unidades hospitalares. Anderson (2004) destaca como ponto estratégico para superação dessa crise a Atenção Primária a Saúde (APS), cujo propósito consiste em cuidar continuamente da saúde dos indivíduos e promover um atendimento de qualidade para o maior número de pessoas.

No ano de 1994, o Poder público, com o intuito de minimizar e reorganizar a prática da atenção à saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), visando promover ações rápidas de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos predispostos às enfermidades, oferecendo de forma integral e contínua o acesso à saúde pública (MS, 2000). Considerando o esforço do Poder público, com a promoção de ações voltadas a saúde, o Governo Federal lançou no ano de 2013 o “Programa Mais Médicos”, com o intuito de ampliar a oferta de médicos no sistema público de saúde, principalmente, em regiões interioranas, periféricas e mais carentes (REBOUÇAS, 2013).

Sampaio e Lima (2004) comentam que o PSF é uma ação complementar do Poder público e todos os níveis contribuem com o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde. Isso ocorre em razão da necessidade de se organizar os sistemas municipais de saúde, bem como promover ações em prol da avaliação e acompanhamento de seu desempenho. Nessa perspectiva, a adoção de uma metodologia de custeio, como o Custeio Baseado em Atividades (ABC), pode auxiliar no processo de gestão e tomada de decisão.

Destaca-se que o PSF representa um meio de prestação de serviços públicos de saúde, preocupado com a qualidade dos serviços municipais oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O MS (2013) aponta um investimento de R\$ 17.919.709,25, por parte do

Governo Federal, para o atendimento de 43.638 famílias das zonas rurais e urbanas do Município de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte (RN). Nessa perspectiva, como cada Município tem suas particularidades e se desenvolvem de maneira diferente, o conhecimento sobre como ocorre o processo de alocação dos recursos torna-se essencial para identificar as fragilidades do SUS (COELHO; ROSA, 2011).

Marques e Mendes (2003) asseguram que embora os Municípios possam contar com a utilização de recursos advindos do Poder público Federal e Estadual, o PSF costuma ser financiado com recursos municipais. Nesse sentido, apesar das dificuldades em se definir qual a origem dos recursos, o programa vem se mantendo em pleno funcionamento, inclusive ampliando as possibilidades de atendimento. Ante ao exposto, o presente estudo se propõe a responder a seguinte problemática: **“O volume de recursos transferidos pelo Poder Público Federal é suficiente para atender a demanda do Município de Mossoró/RN, considerando o custo de prover os serviços de uma de uma equipe do PSF?”**

Desse modo, o presente estudo objetiva analisar se o volume de recursos transferidos pelo Poder Público Federal é suficiente para atender a demanda do Município de Mossoró/RN, considerando o custo de prover os serviços de uma equipe do PSF. O estudo se fundamenta nas diretrizes apontadas por Viana *et al.* (2011), quanto a necessidade de se conhecer e acompanhar como os recursos são utilizados no sentido de oferecer infraestrutura para as áreas de saúde, educação e segurança públicas. Além, das discussões tratadas por Barbosa, Rêgo e Rezende (2008), quanto à adoção do ABC como metodologia de custeio. Isso permite reunir esforços com o intuito de investigar a distribuição de recursos e subsidiar o desenvolvimento de ações e políticas voltadas controle, transparência e qualidade nos serviços de saúde pública (MAUSS; SOUZA, 2008).

## 2 Referencial teórico

### 2.1 Programa Saúde da Família

O PSF teve suas atividades iniciadas em 1994, como uma estratégia voltada à implantação da atenção básica a saúde, principalmente, quanto à promoção, prevenção e reabilitação (FONTINELE JR, 2003). Para Bassani, Mora e Ribeiro (2009) os objetivos da implantação do modelo de saúde da família reorientavam as práticas assistencialistas integrais, contínuas, de resolubilidade e boa qualidade as necessidades de saúde. O referido programa se expandiu e consolidou com a Portaria n.º 648/2006, que estabelece as diretrizes e normas para a organização das atividades de Atenção Básica do PSF e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desde então, as ESF (Quadro 1) vem desenvolvendo práticas voltadas à mobilização da comunidade e aproximado as equipes de saúde a comunidade (PORTARIA n.º 1.399/2008).

MEMBRO	FINALIDADE
Médico – Clínico geral	Atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.
Enfermeiro	Supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	Realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.
Dentista	Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	Preparar e organizar instrumental e materiais necessários; Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião-dentista nos procedimentos clínicos; Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e organizar a agenda clínica;

Agente comunitário de saúde (ACS)	Faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.
-----------------------------------	--

Fonte: Adaptado de Junqueira (2010, p. 154).

Quadro 1 – Composição e finalidade de cada membro da equipe do PSF

Além dos profissionais ilustrados no Quadro 1, as ESF recebem o apoio de assistentes sociais e psicólogos, de acordo com as necessidades da comunidade e as possibilidades do Município. As UBS do PSF operam com pelo menos uma equipe, dependendo da quantidade de famílias cadastradas e atendidas no território sob sua responsabilidade (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). O MP-RS (2012) aponta que o funcionamento adequado do PSF e das unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde de uma comunidade, em razão da possibilidade de prestação de serviço, com foco na prevenção de doenças e geração de melhorias na qualidade de vida da população.

O PSF se propõe a substituir as práticas de assistência, com foco na doença, por um processo de trabalho comprometido com a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população. Isso aponta a preocupação do programa com a atenção integral à família, o acompanhamento de alguns problemas de saúde e o combate às emergências e internações hospitalares (FARHAT, 2003). Dentre os principais benefícios e limitações do PSF destacam-se os enumerados no Quadro 2.

BENEFÍCIOS	LIMITAÇÕES
Centra atenção na família	Alta rotatividade dos profissionais (médicos)
Melhoria nos indicadores de saúde	Condições de trabalhos e vínculos empregatícios muito precários
Estabelecimento de vínculo de responsabilidade entre população e profissionais de saúde	Dificuldades de acesso
Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde	Ausência de recursos suficientes
Implementação do trabalho em equipe multiprofissional	Formação inadequada dos profissionais
Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade.	Pouco envolvimento da comunidade

Fonte: Adaptado de MS (1999).

Quadro 2 – Benefícios e limitações do PSF

Segundo Andrade *et al.* (2004), apesar das limitações, o PSF tem repercussões positivas quando se trata do atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Magalhães (2011) destaca que as estratégias implantadas tem incluído o PSF na política nacional de saúde. Isso revela a preocupação dos gestores públicos em garantir um atendimento de boa qualidade, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

## 2.2 Custeio Baseado em Atividades

O Custeio Baseado em Atividades (ABC) ou *Activity-Based Costing*, foi desenvolvido por Robert Kaplan e Cooper, em meados da década de 80, cujo propósito consiste em garantir uma correta imputação dos custos às atividades (NUNES, 2008). Essa metodologia preocupa-se também com os direcionadores e objetos de custos, principalmente em relação aos custos indiretos de produção. No Brasil, alguns estudos foram introduzidos em 1989, pelos docentes da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP), o que impulsionou o surgimento de novos instrumentos de apoio à gestão (MAUSS; COSTI, 2004).

A adoção do ABC engloba, além da seleção das atividades mais relevantes, o nível de

detalhamento de cada uma delas, de modo a definir os reais direcionadores de custos. Martins (2003) destaca que esse direcionador, representa um *cost driver*, que ajuda a determinar o custo de uma atividade. Ribeiro e Camacho (2006) o definem como um elemento que pode motivar ou influenciar o consumo dos recursos por atividades ou produtos. Além disso, ressalta-se que o ABC observa mais do que o ato de custear os produtos e serviços, uma vez que pode ser utilizado como uma importante ferramenta gerencial, capaz de transmitir informações confiáveis e reduzir possíveis distorções.

Em se tratando da adoção dessa metodologia no serviço público, destaca-se que com o advento da Lei n.º 4.320/1964, o foco voltou-se ao custeio dos gastos públicos, mediante as atividades executadas pelo Poder Público. Nessa perspectiva, seguindo as ideias discutidas por Slomski (2011), a aplicação do ABC ao serviço público precisa observar se:

- Os recursos para a realização das políticas, programas e atividades públicas que beneficiam a sociedade são disponibilizados em períodos anteriores e não consomem recursos do período;
- Os direcionadores de recursos representam diretrizes orçamentárias instituídas com base na Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO);
- As atividades compreendem ações de governo realizadas para a produção dos bens e serviços definidos na Lei Orçamentária Anual (LOA), e cujos direcionadores determinam a ocorrência de uma atividade;
- Os produtos ou serviços são objetos das atividades, em relação a aquilo que elas produzem.

O uso do ABC na gestão pública pode representar uma importante ferramenta para o processo de gerenciamento dos recursos públicos, em um nível de detalhamento que permite intervenções no consumo das atividades. Nesse ínterim, a capacidade de melhorar o nível da eficácia organizacional está diretamente relacionada ao plano de institucionalização do modelo de gestão. O art. 4 da Lei n.º 101/2000, também denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), ilustra a utilidade das informações de custos para a gestão pública.

Na perspectiva dos serviços de saúde oferecidos a sociedade, percebe-se que há consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, quando se trata da formação, desempenho e gestão dos recursos (OPAS, 2002). Isso ocorre em razão da gerência representar um dos pontos fortes da gestão de custos, capaz de auxiliar os gestores no processo de tomada de decisão (ALMEIDA; BORBA; FLORES, 2009). A utilização do ABC nesse processo representa um eficiente instrumento para a tomada de decisão, uma vez que abarca dados financeiros, capazes de monitorar as atividades e sugerir a eliminação de ações que não agregam valor. Em se tratando do setor de saúde, permite detalhar informações sobre os custos dos serviços oferecidos aos pacientes e tipos de patologias atendidas (SOUZA; GUERRA; AMORIM, 2008), bem como no direcionamento de melhorias nas políticas de aplicação dos recursos e número de atendimentos (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009).

### **3 Metodologia da pesquisa**

Beuren e Raupp (2003) destacam que as pesquisas podem ser delineadas, considerando três focos: objetivos, procedimentos e abordagem do problema. Nessa perspectiva, os estudos acadêmicos devem ser desenvolvidos de acordo com a natureza e alcance do problema de pesquisa proposto. No que diz respeito aos objetivos essa se configura como uma pesquisa do tipo exploratória, baseada na análise de documentos sobre as transferências de recursos disponíveis nos registros do MS, no exercício de 2012.

Com relação aos procedimentos Beuren e Raupp (2003, p. 83) destacam que os mesmos referem-se “à maneira pela qual se conduz o estudo e, portanto, se obtêm os dados”. Partindo desse entendimento, o estudo se utiliza, além da análise documental, de entrevistas

semiestruturadas junto à equipe de gestão do PSF e membros de uma das equipes do Município de Mossoró/RN. O estudo também se vale da abordagem qualitativa e de técnicas de observação, para a definição dos direcionadores de custos e se conhecer a natureza do fenômeno.

A entrevista observou pontos sobre o processo de funcionamento do PSF, atividades executadas e gerenciamento dos recursos. Tais questionamentos foram organizados em blocos, observando as discussões teóricas apresentadas no corpo desse artigo, como pode ser observado no Quadro 3.

BLOCOS	FONTE
Características das UBS	Rodrigues e Silva (2000), Santana e Carmagnani (2001), Krug (2006) e Junqueira
Fontes de recursos para manutenção do PSF	SC (2002) e MS (2013)
Composição dos custos do PSF	Barbosa, Rêgo e Rezende (2008).

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Quadro 3 – Formação dos questionamentos

Os questionamentos da entrevista foram estabelecidos com o intuito de direcionar o pesquisador para o atendimento do objetivo proposto. Considerando a riqueza de informações que poderiam ser obtidas com a entrevista, fez-se uso de um aparelho eletroeletrônico celular, *Smartphone LG Optimus L3®*, com a finalidade de gravar as respostas obtidas e não se perder nenhuma informação. No primeiro contato, identificou-se a quantidade de UBS existentes no Município de Mossoró e sua localização, bem como a definição da equipe a ser estudada (Equipe 146) e de onde foram obtidas as informações financeiras: Portal da Transparência e Fundo Nacional de Saúde.

Analisando a composição das ESF que atuam nas UBS de Mossoró/RN e a possibilidade de acesso as informações necessárias para a realização do estudo, selecionou-se a “Equipe 146”. A referida equipe realiza suas atividades na zona urbana e atende a 915 famílias, entre crianças, gestantes e idosos, que residem no Bairro Walfredo Gurgel, sendo selecionada em razão do acesso as informações e as experiências vivenciadas. A UBS selecionada foi a Unidade Básica de Saúde Vereador Durval Costa, composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um dentista, um ACD e seis ACS.

Com a definição da equipe e realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas, com a finalidade de identificar os pontos que interessam ao estudo e subsidiar o processo de análise. Os dados foram tratados seguindo o processo de análise de conteúdo, o que permitiu observar o número e composição das UBS e PSF em funcionamento no Município de Mossoró/RN. Além de informações sobre a disponibilidade dos recursos para manutenção do programa, no exercício financeiro de 2012, bem como dos elementos necessários à definição das condições de rastreamento e ao cálculo dos custos do PSF.

## 4 Apresentação e discussão dos resultados

### 4.1 Funcionamento do PSF

A inserção do PSF no Município de Mossoró/RN ocorreu no ano de 1998. Desde essa época, tem-se percebido melhorias nos serviços de saúde ambulatorial oferecido a população, mediante a promoção do bem-estar do indivíduo, da família e da comunidade. Os serviços oferecidos por esse programa têm contribuído sobremaneira para a humanização do serviço, bem como a redução da mortalidade infantil e do número de internações hospitalares.

Destaca-se que atualmente há 63 equipes do PSF atuando em Mossoró, sendo os seus serviços de atendimento realizados nas UBS. A distribuição das equipes do PSF é realizada entre os bairros da cidade, de acordo com o número de famílias cadastradas. Analisando as prerrogativas da UBS Vereador Durval Costa, observou-se que nesta unidade há duas equipes

do PSF atuando, dentre as quais foi selecionada como objeto de estudo a “Equipe 146”, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, ACD e seis ACS. A referida equipe atua na UBS de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino, atendendo 20.460 pessoas por ano, como pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 – “Equipe 146” – Carga-horária e número de atendimentos (anual)

ATUAÇÃO	NÍVEL	CARGA-HORÁRIA	ATENDIMENTOS
A. Médico	Superior	1.920h	2.760
B. Enfermeiro	Superior	960h	4.560
C. Técnico em enfermagem	Técnico	1.440h	3.000
D. Dentista	Superior	1.920h	1.920
E. ACD	Técnico		
F. ACS	Técnico	1.440h	8.220
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>20.460</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Em conversa com o enfermeiro que compõe a “Equipe 146”, foi destacado o atendimento voltado à saúde das crianças, mulheres e idosos, principalmente quando precisam de tratamento especial, por estar acamado ou sofrendo de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. O mesmo ainda afirmou que algumas das ações desenvolvidas pela equipe não acontecem constantemente, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e de Programa Saúde Bucal (PSB), que ocorre eventualmente duas vezes ao ano. O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que costuma ser realizado anualmente e envolve toda a equipe no processo de cumprimento. Destaca-se que para o desenvolvimento das atividades de atendimento, faz-se necessária a contratação de pessoal devidamente capacitado, com formação de na área de atuação, com pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – CH da “Equipe 146” por atividade (48 semanas de operacionalização)

ATUAÇÃO	A	B	C	D	E	F
PSE	18h	18h	18h	18h	18h	18h
PMAQ	4h	4h	4h	4h	4h	4h
Saúde da Família	1.898h	938h	1.418h	1.880h	1.880h	1.418h
Saúde bucal				18h	18h	
<b>TOTAL</b>	<b>1.920h</b>	<b>960h</b>	<b>1.440h</b>	<b>1.920h</b>	<b>1.920h</b>	<b>1.440h</b>

Nota: A – médico; B – enfermeiro; C – técnico em enfermagem; D – dentista; E – ACD; F – ACS.

Fonte: Entrevista com enfermeiro da equipe (2014).

Cabe frisar que o tempo dedicado pela “Equipe 146” as atividades do PSF representa um fator preponderante para a determinação do direcionador e a composição dos custos, uma vez que cada tarefa desempenhada requer um tempo específico para a sua execução. Nessa perspectiva, a quantidade de horas trabalhadas anualmente permitiu identificar a CH de cada membro da equipe as ações em que atuam. Considerando as prerrogativas do programa, observa-se que outros profissionais podem ser agregados a equipe da UB’s, de acordo com as demandas e particularidades das famílias cadastradas. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) representa um grupo de profissionais que dão suporte ao PSF, sendo composto por profissionais de outras especialidades, como: psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionista e *personal trainer*.

#### 4.2 Composição da fonte de recursos

No que diz respeito à análise das fontes de recursos e valores recebidos para gerenciar as atividades do PSF, destaca-se o conteúdo da Emenda Constitucional n.º 29 (VIEIRA; FEDESZEN, 2002), a destinação de cada poder, de acordo com a variação nominal do

Produto Interno Bruto (PIB). O referido instrumento aponta sobre a responsabilidade financeira do Município, Estado e União, em relação às atividades de saúde.

Destaca-se que a cobertura dos gastos com saúde, mais especificamente com o PSF, é uma estratégia de ação, cujos recursos são prioritariamente advindos da União. Apesar disso, a contribuição financeira efetiva de cada Poder varia de acordo com o volume de recursos arrecadados em cada instância, e em algumas situações o Governo Municipal acaba tendo a responsabilidade de destinar mais recursos, com o intuito de manter o funcionamento do programa e aumentar o número de beneficiários. Nessa perspectiva, antes de se proceder com o levantamento das despesas gerais do Município de Mossoró/RN com as atividades de saúde, observou-se a composição do valor investido pelo Ministério da Saúde, por meio do SUS, para o desenvolvimento das atividades de “Atenção Básica” das UBS, como ilustrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Investimento da União (em R\$)

	<b>PAB FIXO</b>	<b>PAB VARIÁVEL</b>	<b>PAB TOTAL</b>
Atenção Básica (PSF)	5.842.641,25	12.077.068,00	<b>17.919.709,25</b>
Atenção Básica (média por equipe)	92.740,34	191.699,49	<b>284.439,83</b>

Fonte: Adaptado do Fundo Nacional de Saúde (2013).

Compreendendo que o investimento da União no serviço de saúde pública é oriundo de diversas frentes, destaca-se que parte dele é composta observando a transferência fundo a fundo, mediante a utilização do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável. O PAB fixo sinaliza os recursos destinados à realização dos procedimentos desenvolvidos pela Atenção Básica ou ambulatorial. A determinação de seu valor é medida observando o número de habitantes existentes no Município, multiplicado por R\$ 19,00. Além disso, são considerados os gastos realizados com os programas do Ministério da Saúde. Já o PAB variável representa recursos destinados à manutenção das ações executadas na Atenção Básica, como ilustrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Ações Financiadas pelo PAB variável.

<b>ATIVIDADES</b>	<b>TEMPO</b>	<b>ATENDIMENTO POR EQUIPE</b>	<b>INVESTIMENTO NO PSF (R\$)</b>	<b>INVESTIMENTO MÉDIO (R\$)</b>
PSE	108 h	230	276.710,00	4.392,22
ACS	*	*	3.458.741,00	54.900,65
NASF	-	-	640.00,00	10.158,73
Incentivo adicional aos ACS	*	*	267.397,00	4.244,40
PMAQ	24 h	*	1.065.100,00	16.906,35
Saúde da Família	9.432 h	20.153	4.810.860,00	76.362,86
PSB	36 h	77	1.558.260,00	24.734,29
<b>TOTAL</b>	<b>9.600 h</b>	<b>20.460</b>	<b>12.707.068,00</b>	<b>191.699,50</b>

\* Recurso financeiro que representa o 14.º salário, que afeta apenas as despesas com pessoal.

Fonte: Adaptado do Fundo Nacional de Saúde (2013).

As ações desenvolvidas com base no PAB variável são executadas pelas equipes do PSF e volta-se a prestação de serviços de saúde à atenção básica. Essas ações podem ser consideradas atividades, uma vez que contribuem para a prestação de serviços de saúde para a população beneficiada. Nessa perspectiva, destaca-se que as atividades desenvolvidas no ambiente do setor público, compreendem ações praticadas pelo governo, sendo os produtos e serviços objetos dessas atividades (SLOMSKI, 2011). A determinação do número de atendimentos por cada equipe observa a razão entre a quantidade de atendimentos realizados pela carga horária anual, multiplicado pelo tempo despendido para o desempenho de uma ação, conforme mencionado na Tabela 4.

As atividades realizadas no “PSE” têm o propósito de levar a saúde para os estudantes, bem como promover ações educativas voltadas a saúde, mediante a realização de palestras, ações práticas e consultas. As ações desenvolvidas pelos “ACS” recebem um apoio à parte do financiamento da Atenção Básica e o estímulo à promoção da Saúde da Família. O incentivo aos ACS é uma ação que afeta apenas os gastos com pessoal, por se tratarem de incentivos financeiros vinculados diretamente as suas ações.

O “Programa Nacional de Melhoria do Acesso” e da “Qualidade da Atenção Básica” promovem a instituição de processos de ampliação da capacidade do Poder Público Municipal, Estadual e Federal no processo de gestão, bem como oferecem melhores condições de atuação para as Equipes de Atenção Básica atender a população. O “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” foi constituído com o propósito de reunir profissionais de especialidades diversas, que podem dá apoio ao desenvolvimento das ações do PSF, como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais. No entanto, as atividades desenvolvidas pelo NASF não podem ser rastreadas, visto que os profissionais são acionados apenas quando da constatação de uma necessidade em potencial por parte da equipe que atua em campo.

A “Equipe de PSB” possibilita à criação de um espaço voltado para o desenvolvimento de práticas e inclusões direcionadas a reorientação do processo de trabalho e a atuação no campo da PSB. Considerando esses aspectos, e de modo a identificar as atividades executadas pelos membros “Equipe 146”, procedeu-se com a realização de uma entrevista junto a uma funcionária do corpo de apoio a “Atenção Básica do Município”. A mesma anunciou a existência de cinco tarefas básicas de execução, essenciais para o desenvolvimento das atividades do PSF no Município de Mossoró/RN, conforme segue:

1. Controlar os gastos com pessoal e os encargos nas Equipes do PSF;
2. Fornecer medicamentos e materiais hospitalares as UB's;
3. Efetuar limpeza e conservação dos postos de atendimento;
4. Verificar o número de famílias beneficiadas pelo programa, em especial os pacientes com doenças crônicas nas UB's;
5. Controlar o número de Equipes do PSF;

As referidas tarefas são essenciais para que as atividades do PSF possam ser desenvolvidas a contento. Destaca-se que as mesmas estão relativamente interligadas, na medida em que cada tarefa corresponde a um custo apropriado diretamente às atividades executadas. O controle desses custos tem-se mostrado imprescindível para o adequado funcionamento do programa e a sua possível ampliação no número de atendimentos, o que o torna mais eficiente em termos de desempenho.

#### 4.3 Estimativa de gastos com o PSF

No que diz respeito à estimação do custo gastos, por equipe, no PSF, procedeu-se com o levantamento de todos os desembolsos necessários para a sua manutenção. A princípio consideraram-se as despesas realizadas com pessoal, observando a remuneração e os descontos obrigatórios, como ilustrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Despesas com pessoal da “Equipe 146” (em R\$ mensal)

ATUAÇÃO	SALÁRIO BRUTO	DESCONTOS	SALÁRIO LÍQUIDO
A	6.650,55	1.561,25	5.089,30
B	3.305,76	498,15	2.807,61
C	1.402,14	154,24	1.247,90
D	3.476,83	539,81	2.937,02
E	1.067,24	102,66	964,58
F	6.993,06	631,98	6.361,08
<b>EQUIPE (MÊS)</b>	<b>22.895,58</b>	<b>3.488,09</b>	<b>19.407,49</b>

<b>PSF (MÊS)</b>	<b>1.442.421,54</b>	<b>219.749,67</b>	<b>1.222.671,87</b>
------------------	---------------------	-------------------	---------------------

Fonte: Adaptado da Prefeitura de Mossoró (2013).

Dentre os descontos obrigatórios, destaca-se 1% para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e 11% para o Previ Mossoró, que corresponde à parcela destinada ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Além desses encargos, há ainda o Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), que recai sobre as remunerações acima de R\$ 1.499,16. Os gastos referentes aos ACS consideram os seis agentes comunitários que compõem a “Equipe 146”, objeto de análise, e tais valores somados aos demais custos com pessoal representam uma parte expressiva do custo do programa.

Para a composição dos gastos do PSF, observaram-se também os custos diretos e indiretos, necessários para a execução das atividades propostas pelo programa. A composição do mesmo observou os dados disponibilizados pela Coordenação do PSF de Mossoró/RN, mediante o Quadro de Detalhamento das Despesas (QDD), como expresso na Tabela 6.

Tabela 6 – Outros custos anuais da Atenção básica de Mossoró em 2012 (em R\$)

<b>CUSTO</b>	<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MÉDIA</b>
Material de consumo	2.504.380	-	378.020	<b>2.882.400</b>	<b>45.752,38</b>
Equipamentos e Material permanente	1.960.000	-	162.120	<b>2.122.120</b>	<b>33.684,44</b>
Obras e Instalações	1.000.000	-	800.000	<b>1.800.000</b>	<b>28.571,43</b>
Material hospitalar	2.844.450	440.000	303.000	<b>3.587.450</b>	<b>56.943,65</b>
Outros serviços de terceiros	7.861.857	7.000	551.460	<b>8.420.317</b>	<b>133.655,83</b>
Alimentação	-	-	36.000	<b>36.000</b>	<b>571,43</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16.170.687</b>	<b>447.000</b>	<b>2.230.600</b>	<b>18.848.287</b>	<b>299.179,16</b>

Fonte: Adaptado do QDD (2013).

Destaca-se que os custos classificados como diretos, foram assim apresentados por se estarem alocados diretamente as atividades de manutenção do PSF. Já os custos indiretos tratam de atividades adversas as ações diretas do PSF e sobre as quais se fará necessário proceder com rastreamento, embora as refeições da “Equipe 146” não sejam desenvolvidas na UBS. Cabe frisar, que os gastos com transportes não foram tratados como custos, uma vez que não há destinação de recursos do programa para o deslocamento das equipes para atendimento domiciliar.

No que diz respeito aos materiais de consumo listado no QDD, os mesmos se referem ao que foi consumido nas atividades das 63 equipes do PSF existentes em Mossoró/RN. Os equipamentos e materiais permanentes referem-se aos bens utilizados pelas unidades, como computadores, equipamentos de consulta e mobília. Os outros serviços referem-se aos gastos com água, energia, telefone, internet e serviços de conservação e limpeza das instalações onde as equipes se encontram instaladas.

Considerando que o atendimento ambulatorial promovido pelo PSF é de caráter preventivo, somam-se ao custo de manutenção do programa, os recursos referentes ao financiamento da “Assistência Farmacêutica Básica”. Esses recursos são utilizados com o intuito de propiciar a aquisição de medicamentos básicos, o que somam no exercício de 2012, R\$ 1.245.863,76, como pode ser observado na Tabela 7.

Tabela 7 – Investimento em Assistência Farmacêutica Básica (em R\$)

<b>MESES</b>	<b>VALOR</b>	<b>MESES</b>	<b>VALOR</b>
Janeiro	0,00	Julho	207.643,96
Fevereiro	207.643,96	Agosto	103.821,98
Março	103.821,98	Setembro	103.821,98
Abril	103.821,98	Outubro	103.821,98
Maior	103.821,98	Novembro	103.821,98
Junho	0,00	Dezembro	103.821,98

<b>TOTAL</b>	<b>1.245.863,76</b>
<b>MÉDIA POR EQUIPE</b>	<b>19.775,62</b>

Fonte: Adaptado do DAB saúde (2013)

Com base nos gastos enumerados, estima-se que o custo de manutenção do PSF é de R\$ 37.403.209,24, o que representa por equipe um custo médio de R\$ 593.701,73. O custo de manutenção do PSF observa valores gastos com pessoal (Tabela 5), outros custos (Tabela 6) e assistência farmacêutica (Tabela 7). Destaca-se que o total de recursos aplicados na Assistência Farmacêutica Básica é essencial para a compra de medicamentos de uso diário, como aqueles que se referem ao tratamento de cefaléia, febre, diabetes e pressão.

#### 4.4 Projeção do comportamento dos custos

Reunindo as informações pertinentes aos recursos consumidos no atendimento da população, com as equipes do PSF, observou-se que 46,28% dos gastos são para cobrir as despesas com o pessoal. Os custos diretos e indiretos relacionados às atividades desempenhadas no referido programa variam de acordo com as tarefas executadas, como expressas na Tabela 8.

Tabela 8 – Projeção dos outros custos anuais com o PSF e por equipe (em R\$)

	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PSF</b>	<b>MÉDIA POR EQUIPE</b>
Outras despesas com pessoal	ACS	3.458.741,00	54.900,65
	Incentivo adicional aos ACS	267.397,00	4.244,40
Material de consumo	PSE	2.882.400,00	45.752,38
	PMAQ		
	Saúde da Família		
	PSB		
Equipamentos e Material permanente	PMAQ	2.122.120,00	33.684,44
	Saúde da Família		
Obras e Instalações	PMAQ	1.800.000,00	28.571,43
	Saúde da Família		
Material hospitalar	PSE	3.587.450,00	56.943,65
	Saúde da Família		
	PSB		
Outros serviços de terceiros	Saúde da Família	8.420.317,00	133.655,83
Alimentação	Saúde da Família	36.000,00	571,43
Assistência farmacêutica	Saúde da Família	1.245.863,76	19.775,62
<b>PROJEÇÃO TOTAL DOS CUSTOS</b>		<b>23.820.288,76</b>	<b>378.099,82</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Com base nessas informações sobre custos e observando as ações executadas pelas equipes do programa, procedeu-se com o rastreamento dos custos por atividade, para posterior determinação dos custos do PSF por equipe e pessoa cadastrada. O rastreamento observou os preceitos do ABC e a padronização quanto à composição das equipes do PSF para se proceder com a distribuição dos gastos por atividades executadas. Martins (2003) comenta que a definição de um direcionador de custo possibilita a determinação do valor gasto para a realização de um serviço. Nessa perspectiva, considerando as informações disponíveis foi utilizado como pressuposto para a definição dos direcionadores de custos, a carga-horária de cada profissional que compõe a “Equipe 146” e o número de atendimentos realizados por ação.

Destaca-se que como não é possível mensurar a quantidade de atendimentos relacionados ao PMAQ, sendo o mesmo um programa que beneficia a população de forma indireta, foi considerada a carga-horária necessária para o seu desempenho. Para o rastreamento dos

custos foi observado o custo médio de uma equipe, pelo número de atendimentos, como pode ser visualizado na Tabela 9.

Tabela 9 – Custo médio de cada atividade do PSF por equipe (em R\$)

ATIVIDADES	CUSTOS ANUAIS	ASSISTENCIA FARMACÊUTICA	PESSOAL	TOTAL
PSE	1.154,84	-	3.090,90	4.245,74
ACS	-	-	R\$ 54.900,65	54.900,65
NASF	10.158,73	-	-	10.158,73
Adicional aos ACS	-	-	R\$ 4.244,40	4.244,40
PMAQ	272,39	-	686,87	959,26
Saúde da Família	297.366,05	19.775,62	269.938,89	587.080,56
PSB	385,87	-	1.030,30	1.416,17
<b>TOTAL</b>	<b>309.377,89</b>	<b>19.775,62</b>	<b>333.892,01</b>	<b>663.005,52</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Os valores dos custos anuais foram obtidos a partir dos custos por equipe, em razão dos atendimentos anuais, ajustados à quantidade de atendimentos realizados pelas ações de PSE, Saúde da Família e PSB. Os gastos referentes ao PMAQ observaram a carga-horária cumprida para a execução da tarefa proposta pelo programa. Já os custos do NASF não foram rastreados, em razão de sua forma de utilização. No que diz respeito à Assistência Farmacêutica Básica, destaca-se que apenas a Saúde da família é beneficiada com esse incentivo.

As despesas com pessoal foram mensuradas também pela média no número de atendimentos executados em cada ação. Os custos foram todos rastreados pelo total dos gastos com pessoal e número de atendimentos anuais. As despesas com ACS e incentivo financeiros mantiveram-se iguais aos custos totais por equipe, e isso ocorreu em razão dos mesmos refletirem apenas gastos com pessoal.

Considerando os achados do estudo, cabe frisar que o custo médio de uma equipe do PSF é de R\$ 663.005,51, o que possibilita o funcionamento de 19 das 63 equipes existentes em Mossoró/RN e que permite o beneficiamento 18.300 famílias cadastradas no PSF. Nessa perspectiva, para que pudesse se determinar o custo por cadastro ou família cadastrada no programa, observou-se o seu custo médio e o total de família beneficiadas pela “Equipe 146”, que serviu de parâmetro para a determinação dos custos do programa, conforme pode ser constatado na Tabela 10:

Tabela 10 – Custo de cada atividade do PSF por cadastro

ATIVIDADES	PSF (R\$)	CADASTROS	POR CADASTRO (R\$)
PSE	4.245,74	915	4,64
ACS	54.900,65	915	60,00
NASF	10.158,73	915	11,10
Incentivo adicional aos ACS	4.244,40	915	4,64
PMAQ	959,26	915	1,05
Saúde da Família	587.080,56	915	641,62
PSB	1.416,17	915	1,55
<b>TOTAL</b>	<b>663.005,51</b>	<b>-</b>	<b>724,60</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Com base nos dados apresentados, destaca-se que o custo por família cadastrada no PSF, em média, é de R\$ 724,60, isso observando as atividades e programas executados pela “Equipe 146”. Os dados apontam que os gastos com a atividade de “Saúde da Família” (88,55%) são mais expressivos e isso se deve em razão da distribuição de medicamentos e os gastos com o pessoal em função do tempo de atendimento domiciliar e ambulatorial.

#### 4.5 Custos realizados x Recursos recebidos

A quantidade de recursos recebidos para o financiamento das ações do PSF através do PAB variável em consonância com as suas execuções mostra o quanto é diferente em termos de custo orçado e custo realizado. No primeiro momento foi observada a média de investimento por equipe, para a realização das atividades do programa, confrontado pelo custo médio do programa, como pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 – Diferença entre o que foi investido e o custo médio por equipe do PSF (em R\$)

ATIVIDADES	INVESTIMENTO	CUSTO POR EQUIPE	DIFERENÇA
PSE	4.392,22	4.245,74	146,48
ACS	54.900,65	54.900,65	0,00
NASF	10.158,73	10.158,73	0,00
Incentivo adicional aos ACS	4.244,40	4.244,40	0,00
PMAQ	16.906,35	959,26	15.947,09
Saúde da Família	76.362,86	587.080,56	(510.717,70)
PSB	24.734,29	1.416,17	23.318,12
<b>TOTAL</b>	<b>191.699,50</b>	<b>663.005,51</b>	<b>(471.306,01)</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

De modo a confrontar os custos realizados com os recursos recebidos pelo Poder Público para a manutenção das atividades do PSF, observou-se o investimento da União com o PAB fixo e variável e a projeção dos gastos com o programa, como pode ser visualizado na Tabela 12.

Tabela 12 – Contribuições financeiras para o PSF no ano de 2012

	PARA O PSF (R\$)	POR EQUIPE (R\$)	%
Custos totais	41.769.347,13	663.005,51	-
(-) Valor investido pela União	(12.707.068,00)	(191.699,50)	27,81%
(=) Investimento das outras instâncias	29.092.279,13	471.306,01	72,19%

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Os custos totais somam a importância de R\$ 41.769.347,13 e consideram os valores apresentadas nas Tabelas 5 e 8. Com base nos achados, é possível observar que a União (27,81%) contribui com uma parcela pequena para cobrir os custos do PSF e que o restante fica a cargo das esferas estadual e municipal. Confrontando esse resultado com a recomendação advinda com a Emenda Constitucional n.º 29/2000, observa-se que o Estado e o Município precisam arcar com mais do que lhe compete, para poder manter as suas atividades de saúde, como o PSF. Nessa perspectiva, Campelli e Calvo (2007) comentam que as determinações estabelecidas desse instrumento, constituem um importante mecanismo de garantia de recursos para a área de saúde, cujo cumprimento precisa ser monitorado e avaliado constantemente.

## 5 Considerações finais e recomendações

O presente estudo objetivou analisar se o volume de recursos transferidos pelo Poder Público Federal é suficiente para atender a demanda do Município de Mossoró/RN considerando o custo de prover os serviços de uma equipe do PSF. Para tanto, baseou-se nas discussões tratadas por Barbosa, Rêgo e Rezende (2008), quanto à determinação do custo por meio da utilização do ABC.

No que diz respeito à aplicabilidade do ABC aos serviços públicos de saúde oferecidos pelo PSF foi institucionalizado pelo Poder Público Federal, corresponsável por parte dos aportes financeiros necessários a sua operacionalização, bem como o Poder Público Estadual

e Municipal. O foco consiste em maximizar a utilização dos recursos nos serviços de saúde ambulatorial e na manutenção das atividades do PSF desenvolvidas nas UBS. Projetando o comportamento dos custos do PSF, por equipe e cadastro realizado, observa-se que a manutenção de uma equipe custa em média, R\$ 663.005,51.

Considerando a “Equipe 146” como padrão, isso gera um gasto anual de R\$ 724,51 por família, sendo 88,55% desses recursos alocados para atender à “Saúde da Família”. Confrontando os custos realizados com os recursos recebidos pelo Município de Mossoró/RN, destaca-se que os recursos do Poder Público Federal (27,81%) são insuficientes para manter o programa como um todo, e sozinho atendem apenas 19 equipes e 18.300 famílias, ou seja, 30,16% da demanda local. Tais fatos apontam que para a população do Município de Mossoró/RN ter acesso ao PSF, as esferas do Poder Público Estadual e Municipal assumam custos na ordem de R\$ 29.092.279,13.

Com base nas limitações práticas observadas no desenvolvimento do presente estudo, é recomendável que nas atividades de suporte as ações do PSF, e a equipe responsável pela execução desse programa, adotem medidas de controle interno e metodologias de custeio, capazes de identificar os custos e número de envolvidos em cada ação. Nessa perspectiva, sugere-se a realização de estudos mais acurados sobre os custos de cada equipe, seja ela rural ou urbana, e do NASF. Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que tratem da utilização das prerrogativas de eficiência, eficácia e qualidade percebida em relação ao serviço público de saúde oferecido pelo PSF.

### Referências

ALMEIDA, A.G; BORBA, J.A; FLORES, L. C. S. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 579-607, maio/jun. 2009.

ANDERSON, M. I. P. Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 1, set. 2004.

BARBOSA, E. S.; RÊGO, T. F.; REZENDE, I. C. C. O custo do programa de saúde à família: um estudo de caso no município de Sapé/PB. In: Congresso Brasileiro de Custos, 15, 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: CBC, 2008.

BASSANI, G. C.; MORA, J. D.; RIBEIRO, J. P. **O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária para o Sistema Único de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.unisalésiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC25565101883.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

BEUREN, I. M.; RAUPP, F. M. Metodologia da pesquisa aplicada às ciências sociais. BEUREN, I. M. (org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em Contabilidade**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU 29.03.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde e Educação. **Portaria n.º 1.399**, de 14 de Novembro de 2008. Visa promover a articulação institucional entre o Ministério da Educação e o Ministério da

Saúde para a execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica. DOU de 17.11.2008.

BRASIL. **Lei n.º 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. DOU de 23.03.1964.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 101**, 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. DOU de 05.05.2000.

CAMPELLI, M.G.R; CALVO, M.C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jan./jul. 2007.

COELHO, T, C, B; ROSA, M, R, R. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3,p. 1863-1873, mar. 2011.

FARHAT, R. Programa Saúde da Família. **Informe Saúde**, Brasília, v. 97, n. 197, p. 1-2, jan. 2003.

FONTINELE JR, K. J. **Programa Saúde da Família (PSF): comentado**. Goiânia: AB Editora, 2003.

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

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e trabalho em equipe**. São Paulo: UNIFESP, 2010.

MARQUES, R, M; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.403-415, jan. 2003.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MAUSS, C. V.; SOUZA, M. A. **Gestão de Custos aplicada ao setor público: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental**. São Paulo: Atlas, 2008.

MAUSS, C. V.; COSTI, M. R. O método de custeio ABC como instrumento de gestão. In: Simpósio de Excelência em Gestão em Tecnologia, 3, 2006, Resende, RJ. **Anais...** AEDB: Resende, 2006.

MP-RS. Ministério Público do RS. **Programa Saúde da Família**, 2010. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.htm>> Acesso em: 10 ago. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. 1999. Disponível em: <[www.ccms.saude.gov.br/saudebateporta/mostravirtual/.../relpsf2.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateporta/mostravirtual/.../relpsf2.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundo Nacional de saúde**. 2013. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificada.jsf>> Acesso em: 08 dez. 2013.

NUNES, P. **Enciclopédia de gestão: método ABC**, 2008. Disponível em: <[www.knoow.net/cienceconempr/gestao/metodoabc](http://www.knoow.net/cienceconempr/gestao/metodoabc)> Acesso em: 19 nov. 2013.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 20 out. 2013.

REBOUÇAS, F. Programa mais Médicos. **InfoEscola**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/medicina/programa-mais-medicos/>> Acesso em: 20 out. 2013.

RIBEIRO, E. N.; CAMACHO, R. R. Custeio ABC em entidades públicas: evidências de sua utilização em um centro municipal de educação infantil. In: Congresso Brasileiro de Custos, 13, 2006, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABCustos, 2006.

SAMPAIO, L.F. R.; LIMA P.G. A. **Apoio ao Programa Saúde da Família**. RS: Revista de Saúde da Família, 2004.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, jan/ jul. 2001.

SLOMSKI, V. **Controladoria e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2011.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; AMORIM, T. L. M. Modelagem do custeio baseado em atividades para o centro cirúrgico de hospitais. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 28, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2008.

VIANA, A. *et al.* **Eficiência dos gastos públicos de João Pessoa: um estudo empírico entre as políticas públicas de educação e saúde dos municípios da região metropolitana**. 2011. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/artigos/3087722>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

VIEIRA, L.G; FEDESZEN, M. L. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito da gestão Municipal: Emenda Constitucional. **Emenda Constitucional n.º 29**, Vitória, maio 2002.