

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

MANOEL RAYMUNDO DE CARVALHO NETO

AVALIAÇÃO DOS CUSTOS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTEGRAIS
PROF. GUILHERME ABATH, RECIFE/PE

Recife
2016

MANOEL RAYMUNDO DE CARVALHO NETO

**AVALIAÇÃO DOS CUSTOS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTEGRAIS
PROF. GUILHERME ABATH, RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES) do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Coorientadora: Prof.^a M.^a Camilla Maria Ferreira de Aquino

**Recife
2016**

MANOEL RAYMUNDO DE CARVALHO NETO

**AVALIAÇÃO DOS CUSTOS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTEGRAIS
PROF. GUILHERME ABATH, RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES) do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovado em: 10/06/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Keila Silene de Brito e Silva (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco/CAV

Prof.^a Dr.^a Islândia Maria Carvalho de Sousa (Examinadora Externa)
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fiocruz - PE

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Aos amigos Pesquisadores e Gestores da Saúde Pública de Recife, Pernambuco, como uma simbólica retribuição aos seus esforços, na luta contínua para melhoria dos serviços prestados a população do município. Para minha filha Letícia e sobrinha Julya, fica o registro, que me qualificar e continuar estudando, faz parte do meu papel de cidadão, na esperança de poder ajudar as gerações que se aproximam, a usufruir, de melhores condições em suas jornadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração, aos meus grandes amigos de convivência íntima, os amigos do trabalho (PPGERO e DMS), aos entes queridos do seio familiar presentes e não mais presentes, e é claro: “Os Tops Friends PPGGES”, meus queridos: Marcone Cesar, Mariana Fragoso, Vanessinha, Flávio Alves e Maristela”. Todos, sem exceção, sempre me instigando na continuidade da busca do meu crescimento profissional e pessoal, através do caminho do conhecimento. Muito Obrigado!

Agradeço a minha adorável orientadora, Prof.^a Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra, por ter me inspirado nesta pesquisa, pelas lições de humanidade, pelo despertar político, pela aprendizagem, pela paciência, pelo carinho e pelo voto de confiança.

Minha querida coorientadora Prof.^a Ma. Camila Maria Ferreira de Aquino, sem a colaboração de quem, este trabalho não seria possível.

Ao Grupo de Pesquisa Economia da Saúde e Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – (CPqAM/Fiocruz), em especial a sua Coordenação e ao amigo colaborador do grupo de pesquisas, Vítor Jordão.

As minhas Chefias imediatas, Prof.^a Doutora Márcia Carrera Campos Leal e Prof.^a Doutora Ana Paula de Oliveira Marques, as quais muito contribuíram para que eu pudesse realizar meu mestrado, sempre orientando sobre o comprometimento e os valores éticos profissionais, já esquecidos por muitos hoje em dia.

Ao meu primeiro grande mestre e inspirador, no campo das práticas corporais, Prof. Ithamar Brandão Lima, Educador e Preparador Físico, do 14º Batalhão de Infantaria de Pernambuco, meu amado avô.

Por fim, meus agradecimentos, para aqueles que desde a minha mais tenra idade, até os dias de hoje, me ligaram as Práticas Integrativas, através das práticas corporais orientais de combate.

"Não é preciso ter olhos abertos para ver o sol, nem é preciso ter ouvidos afiados para ouvir o trovão. Para ser vitorioso você precisa ver o que não está visível."
(Sun Tzu)

“Antes de começar o trabalho de modificar o mundo, dê três voltas dentro de sua casa.”
(Proverbio Chinês)

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) enfatizam um projeto terapêutico singular de origem milenar na manutenção e recuperação da saúde, com enfoque no indivíduo e não na doença. Em 2004, a cidade do Recife criou a primeira unidade especializada em Práticas Integrativas e Complementares, na rede de atenção básica de saúde do município, a Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA). Com base na importância das atividades em PICs para comunidade em função da carência de informações de custos nesta área, justifica-se o interesse em pesquisar e mensurar os custos destas atividades para o município. Para tais análises, o estudo fez uso de uma metodologia quantitativa, descritiva e analítica, do tipo avaliação econômica parcial de custos, utilizando-se do método de custeio por absorção. A coleta dos dados se deu em parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife e sua Secretaria de Contabilidade e Custos, com base na produção dos serviços e dados contábeis de 2014. Estes foram analisados e agrupados em planilhas do Microsoft Excel®, possibilitando a definição dos centros de custos da unidade de acordo com a origem de seus gastos (apoio 18%, administrativo 15% e produtivo 67%), quantificados e classificados em custos: diretos 93% (R\$ 1.072.767,72) e indiretos 7% (R\$ 75.502,54), totalizando R\$ 1.148.270,26. Dos serviços oferecidos pela unidade, as práticas individuais representaram 71,76% da demanda dos serviços ofertados. Os resultados desta pesquisa possibilitaram esclarecer que: as práticas coletivas quando comparadas com as individuais, são menos onerosas; o custo do usuário da UCISGA, quando comparado com outras unidades da atenção básica, mesmo com atividades distintas quanto a sua finalidade, se apresenta baixo e com um modelo de atendimento diferenciado a seus usuários, com um custo unitário de R\$ 35,87/usuário e de R\$ 110,75/atendimento. Por ser uma avaliação pioneira de custos, nas PICs do município, frente à carência de dados, o que dificultou análises de períodos anteriores, o estudo sugere ações gerenciais mais amplas na gestão de custos e a criação de indicadores econômico-financeiros, que possibilitem melhorar a condução dos recursos destinados às práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-Chave: Economia da Saúde. Gastos em Saúde. Terapias Complementares.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Practices (ICPS) emphasize a unique therapeutic project of millenarian origin in maintenance and reestablishment of health, focusing on the individual and not on the disease. In 2004, the city of Recife created the first unit specialized in Integrative Practices and Complementary Practices, in basic health care network of the municipality, the Unit of Integrated Health Care Prof. Guilherme Abath (UCISGA). Based on the importance of its activities in community ICPS and the lack of cost information in this area, the interest in researching and measuring the costs of these activities for the municipality is born. For these analyzes, the study made use of a quantitative, descriptive and analytical methodology, of the type partial economic evaluation of costs, using the absorption costing method. The data collection was done in partnership with the Department of Accounting and Costs of Recife, based on the production of the services and accounting data of 2014. These were analyzed and grouped in Microsoft Excel® worksheets, allowing the definition of the unit cost centers according to the origin of their expenses (support 18%, administrative 15% and productive 67%), quantified and classified into costs: direct 93% (R\$ 1.072.767,72) and indirect 7% (R\$ 75.502,54), totaling R\$ 1.148.270,26. The services offered by the unit, individual practices represented 71.76% of the demand for services offered. The results of this research made it possible to clarify that: collective practices when compared with individual ones are less onerous; The cost of the UCISGA user, when compared to other basic care units, even with distinct activities regarding its purpose, is low and with a service model differentiated from its users, with a unit cost of R\$ 35.87 / and R\$ 110.75 / service. Because it is a pioneer assessment of costs, in the PICs of the municipality, faced with the lack of data, which made difficult analyzes of previous periods, the study suggests broader management actions in the management of costs and the creation of economic and financial indicators, that allow to improve the management of resources destined to integrative and complementary practices in the Unified Health System (SUS).

Keywords: Health Economics. Health Expenditures. Complementary Therapies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Serviços ofertados na Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.	27
Quadro 2 – Levantamento dos itens de gasto da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.	31

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição dos custos diretos e indiretos com determinação de valor total por categoria de custo da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.....32
- Tabela 2 - Alocação dos itens de gasto por centro de custeio, apresentação do valor total dos centros de custeio e do valor total da unidade, sem os rateios da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.....33
- Tabela 3 - Demonstrativa de rateio (Grupo A), com base na utilização percentual dos centros de custo que fizeram uso dos itens de gasto da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.35
- Tabela 4 - Valor total e percentual dos centros de custeio, após absorção dos rateios da Unidade de Cuidados Integrals á Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.36
- Tabela 5 - Descrição dos atendimentos das práticas individuais e coletivas, por práticas, da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.37
- Tabela 6 - Custo unitário da produção anual da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), por atendimento realizado e por usuário atendido Recife/2014.38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ApuraSUS	Sistema de Gestão e Apuração de Custos do SUS
BHI	Benson-Henry Institute
BPS	Banco de Dados de Preços em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIS	Centro Integrado de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
Custeio ABC	Custeio Baseado em Atividades – (Activity Based Costing)
DESID	Departamento Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
ITA (USA)	Institute For Technology Assessment
MCA	Medicina Complementar/Alternativa
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio da Família
NUNES	Núcleo Nacional de Economia da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Posto de Saúde de Família
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCISGA	Unidade de Cuidados Integrals Prof. Guilherme Abath
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Práticas Integrativas e Complementares	17
2.2	Economia da Saúde	20
2.3	Avaliação Econômica	21
2.4	Conceitos e Terminologias de Custos	21
2.5	Sistemas e Métodos de Custeio	23
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo Geral	25
3.2	Objetivos Específicos	25
4	METODOLOGIA	26
4.1	Desenho do Estudo	26
4.2	Local de Estudo	26
4.3	Coleta de Dados	27
4.4	Processamento e Análise de Dados	28
4.5	Aspectos Éticos	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1	Centros de Custo da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath	30
5.2	Custos Diretos e Indiretos da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath	31
5.3	Rateios dos Custos Indiretos da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath	35
5.4	Produção Anual dos Serviços de Saúde da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath	36
5.5	Custo Unitário da Produção Anual dos Serviços de Saúde da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath	38
6	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO A – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE PROJETO	47
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE USOS DE DADOS PCR/SMS/UCISGA	48

1 INTRODUÇÃO

Desde o período colonial a população brasileira se depara com problemas de acesso aos cuidados em saúde, pois a prática médica ou a medicina erudita abrangia apenas as camadas mais altas da população. O difícil acesso e o desconhecimento das práticas alopáticas ou medicina tradicional, por parte das camadas mais pobres, levavam os indivíduos a utilizar métodos alternativos diversos a fim de resolver seus problemas de saúde. Entretanto, estas práticas tinham suas atividades restringidas à regulamentação pelos tribunais portugueses no Brasil, que emitiam licenças como forma de controlar estas artes de curar (SCOREL; TEXEIRA, 2008).

A hegemonia deste modelo, que enfatizava a medicina individual, a secundarização da promoção da saúde e a prevenção de doenças, atravessou a história do país e se fortaleceu com a expansão previdenciária e a capitalização da medicina, por meio da medicina liberal e empresarial (PAIM, 2003).

A partir dos anos 1970, o modelo dominante passou a ser ameaçado por um movimento denominado Promoção da Saúde, que discorda das ações que estão sendo desenvolvidas, pelo fato de dar ênfase em investimentos centralizados no setor de prestação de serviços e médico curativo (LALONDE, 1974; BUSS, 1998).

Em apoio a esta força contra hegemônica que se formava, estavam profissionais da saúde, pesquisadores e a sociedade civil, para integrar as ações de saúde como resposta efetiva às demandas da população, procurando descobrir um meio de intervir e fazer com que os órgãos do governo assumissem a dimensão política do campo da saúde baseados em princípios básicos como o da cidadania (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; NUNES, 1983; MELO, 2002).

A reivindicação popular, alicerçada pelo movimento da Reforma Sanitária e fomentações acadêmicas de todo o país, visava constituir um sistema universal, integral e público, que integrasse as ações individuais e coletivas, garantindo a recuperação do usuário, com ênfase na prevenção de doenças e da promoção da saúde. Desta iniciativa, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal Brasileira de 1988, abrangendo desde os procedimentos de baixa complexidade às cirurgias de alta complexidade (PAIM, 2012).

Diante de um sistema tão amplo e complexo, fez-se necessário um maior comprometimento por parte da União, e dos entes subfederados, na construção de uma

gestão profissionalizada, que viesse a contribuir para a saúde do sistema público (PAIM, 2012).

Mudanças imprescindíveis, no modelo de gestão das ações em saúde, precisavam ser tomadas desde a criação do SUS, no controle e utilização dos recursos públicos, especialmente pela sua descentralização. Então, para dar suporte às reformas e implementações revisadas pelo Ministério da Saúde, o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES), criou inicialmente no ano de 2006 o manual “Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia”, para aperfeiçoar o desempenho das atividades da gestão e os serviços prestados na área, tendo como alvo principal as ferramentas de planejamento, de gestão e controle de custos (BRASIL, 2015a).

Segundo Luz (2005), o aumento dos custos com os tratamentos, excessiva preocupação com a diagnose, distanciamento do paciente e, sobretudo, valorização da doença provocou uma crise da saúde e da medicina. Este cenário foi propício para o surgimento e a importação de modelos de sistemas terapêuticos distintos, daqueles da prática médica hegemônica, e neste caso, um deles foi o das Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

Um dos motivos que justificam esta busca por tais práticas alternativas para o cuidado em saúde, é a incapacidade do sistema existente de suprir a demanda pelos serviços por parte dos usuários, associado à crise no modelo, predominantemente biomédico (FERREIRA, 2007).

Tais práticas enfatizam um projeto terapêutico singular, cujo enfoque principal não é a doença e sim o indivíduo. Por esta razão, acredita-se que os tratamentos sejam mais positivos, resultando em redução de medicamentos, o que gera menos despesas em um tratamento usual (LUZ, 2005).

No intuito de consolidar serviços voltados ao campo das PICs, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM n°971/2006, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2009).

Com a aprovação da PNPIC, a consolidação nas Assembleias da Organização Mundial da Saúde e a institucionalização destas práticas na Rede Pública, restritas anteriormente a área privada e/ou conveniada, as PICs foram estimuladas em forma de políticas, projetos e programas em todas as instâncias governamentais (OMS, 2005).

As políticas e ações que promovem a estruturação e a implantação do PNPIC, nas Secretarias de Saúde, crescem por causa dos bons resultados encontrados nos estados e municípios. Porém, em sua maioria, estes não possuem dados suficientes que

permitam apurações e avaliações dos resultados de suas atividades, principalmente no que se refere aos centros especializados em PICs na Avaliação de Políticas de Saúde – APS (CONTATORE et al, 2015).

Um dos aspectos que motivaram a realização deste estudo foi à insuficiência de pesquisas realizadas e dados bem estruturados que ajudem a sistematizá-los, contribuindo para pesquisadores da área da Economia da Saúde e demais gestores, na formulação de estratégias, políticas de desenvolvimento e manutenção dos custos destas atividades nas unidades de saúde na rede de atenção básica.

No momento atual, em que as PICs ainda se consolidam na atenção básica no que se refere a sua institucionalização, foi desenvolvida a presente pesquisa com o intuito de gerar conhecimento capaz de otimizar os dados obtidos e aperfeiçoar sua gestão, com a colaboração da Secretaria de Saúde do Município do Recife, junto ao seu Setor de Contabilidade e Custos, que disponibilizou demonstrativos financeiros dos itens de gastos da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), do exercício contábil do ano de 2014, para o Grupo de pesquisa em economia política da saúde – GPEPS (UFPE).

A presente pesquisa com a organização e a sistematização dos dados, visa contribuir com informações de cunho gerencial e estratégico para a Gestão de Saúde do Município no acompanhamento dos custos da unidade que trabalha com as PICs, com a produção e publicação de trabalhos acadêmicos pioneiros, sobre este tema em nosso país.

A estrutura do trabalho tem início com a revisão de literatura, contextualizando o tema da pesquisa a alguns conceitos sobre PICs, economia da saúde e avaliação de custos, conceitos e terminologias de custos. Segue-se com os objetivos e a metodologia utilizada para analisar os dados disponibilizados. Em continuidade são apresentados os resultados e a discussão, encerrando a pesquisa na conclusão e registro das referências utilizadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este tópico corresponde a um levantamento investigativo e conceitual a respeito do assunto ou tema a ser pesquisado, com o objetivo de coletar informações sobre os conceitos que serão utilizados na discussão dos resultados.

2.1 Práticas Integrativas e Complementares

Em termos culturais, o ocidente tem buscado se reencontrar, no que se refere à integração do indivíduo com seu ambiente na relação homem-natureza, promovendo a ascensão de sua percepção e consciência. É neste cenário que as práticas integrativas, com sua amplitude de terapias e diferentes abordagens, podem contribuir para a integração disciplinar, pois tem sua origem em tradições milenares de uso continuado e pouco tem mudado em seus aspectos (TELESI JUNIOR, 2016).

Desde a origem de sua espécie, o homem de maneira empírica e em defesa de sua vida, fez florescer em seu percurso, a natural arte de curar doenças e desequilíbrios orgânicos, antes mesmo da revolução científica. Esta tradição cujos costumes se passavam de geração em geração como forma de sobrevivência e poder, se fragmentou com a visão cartesiana, conduzindo estes saberes a um modelo centrado no biologismo, mecanicista, curativo e produtivista do ato médico (BALESTRIN e BARROS, 2010).

Uma série de documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) referenciava as abordagens não biomédicas, como Práticas Integrativas e Complementares (PICs) ou de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Originárias de uma determinada cultura ou região, estas práticas se desenvolviam como uma soma de habilidades baseadas em teorias, crenças e experiências, explicáveis ou não e tinham o objetivo de desenvolver a manutenção, preservação, diagnóstico, melhoria física e mental, a exemplo da medicina chinesa, hindu e indígena. Passaram a ser difundidas e utilizadas associadas à medicina alopática, desde o final da década de 70 (OMS, 2000; SANTOS, 2011).

A OMS incentivou os Estados-membros a desenvolverem políticas públicas que fortalecessem o uso racional e integrado das PICs em seus sistemas nacionais de saúde, ligados às pesquisas acadêmicas de acompanhamento, para a garantia da eficácia dos resultados, com segurança e qualidade (BRASIL, 2012).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior

autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar experiências pioneiras (TELESI JUNIOR, 2016).

Somente em 2006 implementou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria nº 971, atendendo, sobretudo à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e agregar experiências que vinham sendo desenvolvidas na rede pública (BRASIL, 2006c). Tais práticas foram categorizadas de alternativas, complementares, integrativas ou holísticas, e continuam ganhando progressivo espaço em grupos civis, em instituições e serviços públicos de saúde (SOUZA e LUZ, 2009).

Um dos motivos que fortalecem as PICs é a crescente insatisfação com a abordagem biomédica, no que se refere à capacidade de abranger o ser humano de forma holística, tendo em vista suas variadas dimensões de interação com os campos físicos, históricos e socioculturais de sua própria natureza. As abordagens que discutem a integralidade em saúde e a produção do cuidado fazem com que as terapias complementares tenham uma crescente aceitação na sociedade (MELO et al, 2013).

Essa área é caracterizada pela diversidade de conceitos, sugerindo parecer não haver consenso temático, porém pode-se associar: Medicina Alternativa, como uso alternativo à prática biomédica; Medicina Complementar, no sentido de se somar para complementar a medicina alopática e hegemônica, e a Medicina Integrativa, que oferece a ideia de união aos modelos, em uma visão integral e holística de saúde (OTANI e BARROS, 2011).

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), a oferta das PICs no SUS, no período de 2007 até 2011, passou de 505 para 3.565 unidades e em março de 2015 existiam 4.681 estabelecimentos de saúde que ofereciam serviços de PICs em todo Brasil. Em junho de 2016 eram 4.896, sendo 4.166 unidades de atendimento ambulatorial SUS e 176 unidades de atendimento hospitalar SUS.

Em estudo realizado por Souza et al (2012), dados nacionais foram cruzados com os de três cidades onde essas atividades foram inseridas no serviço público antes da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de 2006: Recife (PE), Campinas (SP) e Florianópolis (SC). O resultado deste cruzamento mostrou que a oferta de PICs vinha crescendo mesmo antes da implantação do PNPIC.

Em Recife, a equipe responsável pelo desenvolvimento das atividades de Práticas Integrativas e Complementares, conta com profissionais que realizavam suas atividades em práticas como: ioga, meditação, tai chi, constelação familiar, dentre outras, disponibilizadas gratuitamente pelo município para a população através de duas

unidades de saúde, localizadas nos distritos sanitários IV, Centro Integrado de Saúde, e distrito sanitário II, Unidade de Cuidados Integrals da Saúde Prof. Guilherme Abath.

As PICs são disponibilizadas no SUS por meio de uma Política Municipal que organiza e coordena ações e serviços que compõem a rede de atenção. Atualmente conta com duas Unidades de Cuidados Integrals em Saúde (UCIS): o Centro Integrado de Saúde (CIS) e A Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath e com o Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI), formado de equipes multiprofissionais, com base no modelo do Núcleo de Apoio da Família (RECIFE, 2016).

Com o objetivo de fortalecer a institucionalização dos serviços de saúde especializados em PICs desenvolvidos desde 2004, a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) foi oficializada, através da portaria n°. 122, de 06 de julho de 2012 em colaboração com as Secretarias de Educação, Esporte e Lazer, Cultura, Meio Ambiente e Assistência Social (RECIFE, 2016).

Estes esforços alicerçam o cenário destas atividades e quando associados aos atores responsáveis da gestão pública em saúde, possibilitam medições e avaliações na alocação dos recursos e fomentações de pesquisas econômicas.

2.2 Economia da Saúde

A Economia da Saúde é um ramo da economia que surgiu em decorrência direta das reflexões acerca de assuntos relacionados à eficiência, efetividade, valor e comportamento na produção e do consumo da saúde. Hoje representa um elemento vital para gestão pública, para o enfrentamento das irregularidades, as imprevisíveis demandas, ofertas, qualidade dos produtos e serviços ofertados na saúde e seus orçamentos limitados (BRASIL, 2015).

Segundo Campos (1985) a economia da saúde não pode ser tratada como um recurso multifuncional, sem haver um amplo entendimento da escassez dos recursos e das escolhas feitas nas avaliações que precedem a tomada de decisão, objetivando uma melhor divisão dos recursos. A concepção de que os recursos são escassos e as demanda em saúde são crescentes, fazem com que, todo o olhar, neste campo, baseie-se na percepção de que existe um subaproveitamento de insumos e desperdício de recursos com origem na gestão (BRASIL, 2015).

Mesmo com as instituições acadêmicas trabalhando com temas nesta área desde os anos 80, a institucionalização da Economia da Saúde no Brasil, só aconteceu com a criação do Departamento de Economia da Saúde, pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 (MENDES e MARQUES, 2006).

Uma das ações desenvolvidas pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), foi implantar Núcleos de Economia da Saúde articulados com os estados, com o intuito de gerar um maior contato entre os atores que formam esta rede, fortalecendo assim a Gestão SUS e difundindo a Economia da Saúde em todo o país (BRASIL, 2015).

Sendo assim, o financiamento dos serviços em saúde passa a ter grande destaque pelo motivo de ser insuficiente o que se aloca para a sustentação de suas atividades, no atendimento das necessidades da população, abrindo espaço para a discussão de temas como: Saúde e Desenvolvimento, Financiamento em Saúde, Regulação Econômica em Saúde, Alocação de Recursos e Eficiência das Ações e Serviços de Saúde (MENDES e MARQUES, 2006).

Quanto às especificidades e as características do ato de avaliar, pode-se dar alguns conceitos do ponto de vista econômico em saúde e técnico-gerencial em seus aspectos de utilização.

2.3 Avaliação Econômica

Avaliação, para quem está inserido em programas e serviços de saúde, trata-se de um processo técnico-administrativo, destinado à tomada de decisões, que envolvem: medições, comparações e emissão de juízo de valor, partindo deste último, o início do processo decisório (TANAKA, 2004).

Segundo Drummond (2005), a avaliação econômica tem como tarefa básica, identificar, medir, valorar, comparar custos e as consequências das alternativas escolhidas, ou seja, mensurando seu impacto de forma mais ampla. Os estudos de custos e suas implicações econômicas relacionadas às chamadas avaliações econômicas em saúde, compreendem um grande grupo de métodos utilizados usados para analisar sacrifícios financeiros (BRASIL, 2009; 2013).

Como a natureza dos recursos é escassa, e o desejo social de se produzir o que se quer consumir representa uma grande preocupação para a população, nasce o interesse em administrar o fluxo de demanda de bens e serviços, de maneira ótima, bem como os recursos disponíveis. Este dilema de escolha de um caminho em detrimento de outro, é o norte nas avaliações dos gastos públicos, permitindo saber se eles estão sendo empregados de maneira eficiente e uniforme entre os membros da sociedade (MANKIW, 2009)

Do ponto de vista gerencial e administrativo, a mensuração dos custos, avaliação, acompanhamento das atividades e dos serviços, representam uma ação de vital importância estratégica, na tomada de decisão e destinação dos recursos empregados (VANNI, 2009).

No que diz respeito à apuração de custos, o que lhe define é a forma de calcular os custos de um processo, um programa ou de uma instituição (STADNICKT; LOPES, 2013).

Devido à amplitude conceitual é imprescindível uma previa abordagem das terminologias de custos (MARTINS, 2010).

2.4 Conceitos e Terminologias de Custos

Sob a ótica econômica tudo que pode ser mensurado monetariamente dentro da variável investimento, com impacto na produção de um bem ou serviço, gerando avaliações, é custo (CATELLI, 2003). Do ponto de vista, contábil administrativo, custo

é tudo que é medido monetariamente, na produção de um bem ou serviço, na formação de um estoque (CARVALHO, 2012).

É sempre bom lembrar que os custos têm várias funções importantes, entre elas, as de fornecer subsídios para ajudar no planejamento, na formulação de avaliações, no controle e também auxiliar no estudo de viabilidade econômica, da mesma forma que interfere significativamente nos processos decisórios, dando-lhes maior precisão (ASEVEDO e KOCH, 2004). Neves e Viceconti (2000, p. 12) em sua conceituação nos diz que custo é o “gasto relativo a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens e serviços; são gastos relativos à atividade de produção”.

Existem algumas terminologias utilizadas, que se confundem em economia e contabilidade, e remetem a produção de bens e serviços. Estas mesmas ainda podem mudar seu conceito, no decorrer do processo produtivo de bens e serviços.

Estas são conceituadas pelo Glossário Temático da Economia da Saúde (BRASIL, 2006b), e usadas neste estudo da seguinte forma:

- a) Custo - Valor de todos os recursos gastos na produção de um bem ou serviço.
- b) Despesa - Montante de recursos gastos, em um determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade fim. A despesa pode ser apropriada ou não, no produto ou serviço, sob a forma de custo indireto.
- c) Gasto - Despesa com bens ou serviços adquiridos. Refere-se também ao sacrifício econômico para obtenção de um produto ou serviço qualquer, não importando a origem dos recursos, representado por entrega ou promessa de ativos, independente de ter efetuado o pagamento.
- d) Custo direto - Custo apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio. É apropriado aos produtos ou serviços por meio de alguma medida de consumo. Exemplo: mão-de-obra direta, material e medicamentos, etc.
- e) Custo indireto - Parcela do custo total que não pode ser identificada diretamente em um produto ou serviço específico, porque depende dos critérios de rateio e está relacionada com um ou mais produtos ou serviços. Exemplo: aluguel, energia, água, telefone e combustível.

Existem vários tipos de custos e varias formas de aglutinação dos mesmos, porém segundo Cavassini (2010), estes podem ser classificados de forma breve, em diretos, indiretos, fixos e variáveis.

Além de uma boa definição terminológica, para apurar custos, faz-se necessário definir um sistema de custeio apropriado e escolher uma metodologia que supra os anseios dos gestores em obter melhores informações para as suas decisões na alocação dos recursos.

2.5 Sistemas e Métodos de Custeio

Martins (2001, p.28) afirma que “O sistema representa um conduto que recolhe dados em diversos pontos, processa-os e emite, com base neles, relatórios na outra extremidade”.

Segundo Martins (2003), existem sistemas de custeio que são adotados para calcular os custos dos bens e serviços, de acordo com suas vantagens e desvantagens.

Sistema de custos é um conjunto de procedimentos administrativos que registra, de forma sistemática e contínua, a efetiva remuneração dos fatores de produção empregados no processo (SANTOS, MARION e SEGATTI, 2002).

No Manual Técnico de Custos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), sobre a palavra custeio, a mesma pode ser definida como “metodologia de apuração de custos”. Porém, ainda não existe consenso sobre a nomenclatura que deve ser utilizada para tais métodos. Sendo assim, pode-se condicionar o termo custeio “a uma forma de apropriar custos”. Em continuidade, “todos os métodos de custeio objetivam determinar o custo unitário de cada bem ou serviço produzido por uma empresa. Para tanto, eles partem das configurações dos custos diretos e indiretos”. (DUBOIS; KULPA; SOUZA, 2006, p. 124).

Existem diferentes métodos de custeio e estes são adotados de acordo com os objetivos pretendidos. Podem-se destacar os seguintes métodos de custeio, por serem os mais referenciados e utilizados: o custeio variável ou direto e o custeio ABC ou Custeio Baseado em Atividades (Activity Based Costing) e o custeio por absorção ou integral (MEGLIORINI, 2007).

O Custeio Variável ou Direto foi divulgado nos Estados Unidos da América no ano de 1936, por Jonathan N. Harris (DUTRA, 2003). Sua metodologia “prevê uma apropriação de caráter gerencial, considerando apenas os custos variáveis dos produtos/serviços, enquanto os custos fixos ficam separados e são considerados como despesas do período.” (WERNKE, 2008, p. 29). Possui caráter gerencial, já que não é aceito pela legislação.

O Custeio ABC ou Custeio Baseado em Atividades – (Activity Based Costing) é um método de custeio que está baseado nas atividades que a empresa ou organização efetua no processo de fabricação de seus produtos ou serviços. Nakagawa (2001, p.42), conceitua a atividade “como um processo que combina, de forma adequada, pessoas, tecnologias, materiais, métodos e seu ambiente, tendo como objetivo a produção de produtos”. Assim para o estudo do método ABC deve-se ponderar sobre as atividades envolvidas em cada processo de produção ou um serviço.

O último dos métodos de custeio a ser comentado e adotado neste trabalho, que leva a obtenção dos objetivos pretendidos, é custeio por absorção. Este não considera as despesas como integrantes dos estoques dos bens e serviços, mas todos os custos aplicados em sua obtenção; satisfaz aos princípios fundamentais de contabilidade e ainda é o único aceito pela legislação fiscal, fato que justifica ser ele um dos mais utilizados na alocação dos custos de produção (DUTRA, 2003; LIMEIRA, 2004).

Segundo Wernke (2008) são apropriados todos os custos de produção aos produtos ou serviços, de forma direta ou indireta mediante critérios de rateios. É o mais utilizado nos hospitais públicos e setores de saúde do Brasil e costuma seguir algumas etapas como: separação dos custos das despesas, apropriação dos custos diretos e atribuição dos custos indiretos segundo critérios de rateio antecipadamente definidos. O sistema exige a criação, classificação e identificação de centros de custos distintos, pois estas funções, atividades, e serviços determinam “grupos” de centros de custos (BONACIM; ARAÚJO, 2011).

O sucesso da utilização do sistema de custeio por absorção está na forma como os custos indiretos são distribuídos e posteriormente alocados junto aos custos diretos (MARTINS, 2010).

Padoveze (2000, p. 50) comenta sobre a vantagem deste método no que se refere ao seu baixo custo de implementação, pois ele não necessita de separação dos custos de manufatura nos componentes fixos e variáveis. Este também pode ser considerado o mais vantajoso na busca de soluções em longo prazo (LEONE, 2000).

3 OBJETIVOS

Esta seção visa esclarecer quais são as buscas da pesquisa. Detalha tanto quanto possível, os aspectos gerais (mais amplos) e específicos (mais restritos) da pesquisa que foi realizada.

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os custos da Unidade de Cuidados Integrals Prof. Guilherme Abath, do município do Recife - PE, Brasil, no período contábil de 2014.

3.2 Objetivos Específicos

- Definir os centros de custo da unidade;

- Determinar o valor do custo total da unidade e a proporção de cada centro de custo do valor total encontrado;

- Calcular o custo unitário por usuário atendido e do atendimento realizado ao usuário, com base em sua produção anual.

4 METODOLOGIA

Este capítulo descreve de forma minuciosa e rigorosa, as técnicas utilizadas nas atividades de pesquisa, na sequência que segue: desenho do estudo, local de estudo, coleta de dados e considerações éticas.

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo avaliação econômico parcial. A avaliação econômica parcial está restrita a descrição do custo-resultado (DRUMMOND, 2005).

Para que as avaliações econômicas na UCISGA possam ser realizadas, faz-se necessário a definição de um método de custeio para nortear a execução dos cálculos em busca dos resultados almejados. Para esse fim, o método escolhido foi o custeio por absorção.

4.2 Local de Estudo

A Unidade de Cuidados Integrals Prof. Guilherme Abath (UCISGA), onde o atendimento sistemático em práticas integrativas é realizado, aos usuários do SUS, foi inaugurada pela prefeitura da Cidade do Recife em 2004 e está situada à Rua Marechal Deodoro, nº. 235, no bairro da Encruzilhada, sob os cuidados do Distrito Sanitário II.

Suas atividades são ofertadas em uma casa alugada e sua estrutura distribuída da seguinte forma: recepção, sala da administração, auditório, sala da coordenação, sala de farmácia, sala de homeopatia, sala de acupuntura, sala de espera, espaço para práticas corporais chinesas, sala das práticas corporais diversas, piscina para hidroginástica, cozinha e quatro banheiros.

Caracterizada como especializada na prestação de serviços em PICs, na atenção básica, oferece tratamentos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), tais como: Acupuntura, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Zu Yen Su e Xiang Gong, além de outras atividades que ajudam a socialização e manutenção da saúde de usuários de toda a rede, a exemplo da Corporificação da Consciência, Yoga, Homeopatia e Bioenergética.

O acesso aos serviços se faz por meio de um encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde de Família (ESF), Unidades de Pronto

atendimento (UPA), Policlínicas, Unidades Convencionais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No local, é feita uma triagem pré-agendada, em que o usuário é avaliado por profissionais da casa (médicos, nutricionistas e auxiliares de enfermagem), os quais indicam as práticas de acordo com a necessidade terapêutica de cada caso, seguindo um protocolo.

4.3 Coleta de Dados

O período de coleta iniciou-se a partir do final do segundo semestre de 2015 e seguiu até o primeiro semestre de 2016, com a entrega do demonstrativo dos itens de gastos da UCISGA (dados secundários), disponibilizado pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), por meio do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde.

As informações de consumo e de produtividade que foram coletadas na UCISGA, são oriundas dos principais serviços ofertados e descritos no quadro 1, por tipo de prática.

Quadro 1 – Serviços ofertados na Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

OFERTA DE SERVIÇOS DA UCISGA	
Práticas Individuais	Práticas Coletivas
NUTRIÇÃO HOMEOPATIA ACUPUNTURA ZU YEN SU AURÍCULO ACUPUNTURA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL MEDITAÇÃO	NUTRIÇÃO BIOENERGÉTICA PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL YOGA DANÇA E PERCUSSÃO AUTOMASSAGEM CORPORIFICANDO A CONSCIÊNCIA ARTETERAPIA TAI-CHI LIAN GONG HIDROGINÁSTICA

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife /2014.

4.4 Processamento e Análise de Dados

Os dados de custo foram digitados em planilhas do Microsoft Excel[®], o que facilitou os diversos cálculos de custos, bem como a melhor identificação dos itens de gastos nos centros de custeio. As planilhas foram preenchidas registrando todos os dados dos itens de gastos informados, apresentando o custo total da unidade, o custo de cada centro, o custo unitário dos centros e o peso percentual dos centros de custeio no custo total da unidade.

Escolheu-se o método de custeio por absorção, pois esta técnica integra todos os custos na avaliação que está sendo realizada (BRASIL, 2006). Os centros geradores de custos são definidos segundo suas características de produtividade, para em seguida receberem os custos identificados e classificados, dado a sua origem e atividade fim, em: diretos e indiretos. Estas identificações de origem e classificações de suas categorias permitem o cálculo do valor total dos custos, por categoria.

Efetuada a classificação e separação, definem-se os itens de gasto que irão ser rateados (custos indiretos) e os que estão ligados a produção de cada centro de custo (custos diretos), permitindo o cálculo do custo total de cada centro gerador, antes do rateio. Os custos classificados como indiretos (água, energia elétrica, telefone, manutenção de bens imóveis, locação de imóveis e condomínios e manutenção de equipamentos), são rateados e alocados aos centros de custo de forma proporcional ao que cada um gerou de consumo. As informações de proporcionalidade de consumo de cada centro foram definidas por meio de consulta a um ator chave da unidade pesquisada, que orientou no estabelecimento dos percentuais de consumo de cada centro de custo.

Desta forma, foi possível verificar o quanto representou percentualmente cada centro de custo do valor de toda unidade, antes e depois da alocação dos itens de rateio. No estudo, destacam-se quanto às limitações de demonstrativos de cálculos ou ausência de dados, a depreciação do imóvel, a manutenção predial e os dados de materiais de consumo, com exceção das despesas prediais de água, luz e aluguel da unidade.

Com o resultado dos valores de rateio por centro de custo, pode-se calcular o valor definitivo dos centros de custeio da unidade e, posteriormente, qual o percentual de aumento existente após as alocações dos rateios. De posse de todos os dados de custos e do número de usuários atendidos nas práticas individuais e coletivas, o cálculo do custo unitário é realizado a partir da divisão do custo total dos centros geradores de gasto, pelo número de usuários atendidos no período pretendido.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto intitulado: “Custo-Efetividade das Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção Psicossocial: Um Estudo Multicêntrico”, Edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N°. 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde, sob a coordenação da Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ao qual a presente pesquisa está associada, foi submetido e aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, com o registro n°. 07270212.4.00005.208, conforme ANEXO I e II desta pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor abordagem dos resultados, os mesmos serão apresentados e em seguida discutidos, a partir da sequência proposta pela ordenação dos objetivos específicos, no intuito de construir uma discussão objetiva e concisa.

5.1 Centros de Custo da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath

Os serviços desenvolvidos na unidade eram oferecidos por uma maioria de funcionários públicos de carreira, oriundos de diversas entidades públicas da saúde do município e estavam lotados principalmente nos centros produtivos da unidade.

Considerando as características das atividades desenvolvidas na UCISGA, os centros de custo foram definidos com base nos serviços produzidos e por meio de suas afinidades, conforme segue:

a) Centro Produtivo ou de Medicina Alternativa, denominado assim pela Secretaria Municipal de Saúde/PCR, é composto pelos profissionais envolvidos e especializados em práticas integrativas e complementares no atendimento dos usuários das PICs na UCISGA e ambientes relacionados ao centro produtivo;

b) Centro Administrativo, composto pelos profissionais envolvidos nas atividades de rotina administrativa, recepção, controle da unidade e ambientes relacionados ao centro administrativo;

c) Centro de Apoio ou Auxiliar, composto pelos profissionais especializados nas atividades de suporte nos serviços de limpeza, de conservação, de vigilância patrimonial, os quais oferecem suporte aos profissionais dos outros centros e ambientes relacionados ao centro de apoio ou auxiliar.

A unidade contava com 27 funcionários e estes estavam lotados nos centros geradores de custos, distribuídos da seguinte forma: Centro Produtivo (15), Centro de Apoio (04 limpeza + 04 segurança) e Centro Administrativo (04).

Em serviços de saúde os estudos de custo no Brasil ainda podem ser considerados recentes e a dificuldade para trabalhar centros de custo para além do produtivo tem sido um desafio. Um estudo utilizando o custeio por absorção em uma unidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF), realizado no ano de 2014, em Novo Xingu/RS, considerou que a unidade possuía apenas o centro de custo chamado de produtivo. Este fato ocorreu devido às limitações de medição de consumo dos setores e

pelo fato da unidade ter suas atividades de administrativas/gestão centralizadas nos profissionais de nível superior, como descreve a Política Nacional da Atenção Básica (TASSO, 2015; MELO e SEVERIANO FILHO, 2006; BRASIL; 2012).

Em seu estudo sobre o levantamento dos custos das principais atividades de saúde de duas unidades de saúde da família, Rocha Filho (2009) utilizando o método de custeio por absorção, identificou quatro centros de custos distintos nestas unidades e os classificou da seguinte maneira: assistenciais, apoio, geral e administrativo/gastos gerais, o que trás proximidade com os resultados encontrados nesta pesquisa.

5.2 Custos Diretos e Indiretos da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath

Considerando as informações recebidas, os itens de gastos foram identificados e listados com seus devidos valores e sua fonte geradora de custo (Quadro 2).

Quadro 2 – Levantamento dos itens de gasto da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

ITENS	CLASSIFICAÇÃO	VALOR ANUAL (R\$)
Serviço de Vigilância	Apoio	122.221,20
Locação de Mão-de-Obra	Administração	37.314,17
Locação de Mão-de-Obra	Medicina Alternativa	7.496,92
Água (consumo)	Rateio	190,00
Reprografia	Medicina Alternativa	1.200,00
Manutenção de equipamentos	Administração	2.321,20
Eletricista, Encanador, Pedreiro e Jardineiro	Apoio	5.749,70
Água (Tratada)	Rateio	5.642,84
Energia Elétrica	Rateio	10.101,01
Telefone	Rateio	10.722,33
Aluguel de Espaço	Rateio	48.846,36
Manutenção de Bens Imóveis	Administração	1.944,02
Aluguel de Equipamentos	Administração	1.440,00
Serviço de Limpeza e Conservação	Apoio	55.225,14
Cursos, Seminários, Simpósios e Congressos.	Medicina Alternativa	300,00
Viagens e Hospedagens	Medicina Alternativa	2.556,26
Locação de veículos	Medicina Alternativa	608,57
Indenizações, Restituições, Multas e Juros Mora.	Medicina Alternativa	420,00
Salários Funcionários	Administração	105.882,10
Salários Funcionários	Medicina Alternativa	728.088,44

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR)

Após o reconhecimento quanto sua origem e atividade geradora, os itens de gasto foram separados de acordo com sua classificação, diretos e indiretos, permitindo que seus valores fossem agrupados por categoria de custo (Tabela 1).

No que se diz respeito aos custos diretos, destacam-se os custos dos serviços de limpeza com um valor de R\$ 55.225,14 (4,80% do custo total da unidade), os serviços de vigilância com um valor de R\$ 122.221,20 (10,64% do custo total da unidade) e os salários dos funcionários lotados na administração e no centro produtivo, no valor de R\$ 833.970,53 representando 72,62% do custo total da unidade.

Tabela 1 – Distribuição dos custos diretos e indiretos com determinação de valor total por categoria de custo da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

ITEM DE GASTO - CUSTO INDIRETO		VALOR
Água mineral		190,00
Água Tratada - Compesa		5.642,84
Aluguel		48.846,36
Energia Elétrica		10.101,01
Telefone		10.722,33
Total		75.502,54
ITEM DE GASTO - CUSTO DIRETO		
Salários Funcionários	Administração	105.882,10
Manutenção de equipamentos	Administração	2.321,20
Manutenção de Bens Imóveis	Administração	1.944,02
Aluguel de Equipamentos	Administração	1.440,00
Locação de Mão-de-Obra	Administração	37.314,17
Salários Funcionários	Medicina Alternativa	728.088,44
Reprografia	Medicina Alternativa	1.200,00
Locação de Mão-de-Obra	Medicina Alternativa	7.496,92
Cursos, Seminários, Simpósios e Congressos.	Medicina Alternativa	300,00
Viagens e Hospedagens	Medicina Alternativa	2.556,26
Locação de veículos	Medicina Alternativa	608,57
Indenizações, Restituições, Multas e Juros Mora.	Medicina Alternativa	420,00
Serviço de Vigilância	Apoio	122.221,20
Eletricista, Encanador, Pedreiro e Jardineiro.	Apoio	5.749,70
Serviço de Limpeza e Conservação	Apoio	55.225,14
Total		1.072.767,72

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

Os custos diretos, relacionados à produção de cada centro, totalizam um percentual de 93% dos custos de toda unidade, enquanto que os custos indiretos, itens destinados ao rateio entre os centros, totalizam um percentual de 7% de seu valor total.

Alguns estudos têm adotado, para uma melhor compreensão sobre a identificação e divisão dos gastos quanto sua origem, a formação de grupos de gastos distintos. Estes, após a separação, podem ser apropriados diretamente aos centros de custos de origem definidos (RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007; TASSO, 2015).

Foram selecionados quatro diferentes grupos de gasto. Destes, os centros de custeio são representados pelas letras (B, C e D) e o outro grupo, representado os itens de rateio, identificados pela letra (A), na tabela 2.

Tabela 2 – Alocação dos itens de gasto por centro de custeio, apresentação do valor total dos centros de custeio e do valor total da unidade, sem os rateios da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

ITEM DE GASTO - CUSTO INDIRETO – RATEIO (A)		VALOR (R\$)	(%)
Água mineral		190	
Água Tratada - Compesa		5.642,84	
Aluguel de Espaço		48.846,36	7
Energia Elétrica		10.101,01	
Telefone		10.722,33	
Total		75.502,54	
ITEM DE GASTO - CUSTO DIRETO DO CENTRO ADMINISTRATIVO (B)			
Salários Funcionários	Administração	105.882,10	
Manutenção de equipamentos	Administração	2.321,20	
Manutenção de Bens Imóveis	Administração	1.944,02	13
Aluguel de Equipamentos	Administração	1.440,00	
Locação de Mão-de-Obra	Administração	37.314,17	
Total		148.901,49	
ITEM DE GASTO - CUSTO DIRETO DA MEDICINA ALTERNATIVA (C)			
Salários Funcionários	Medicina Alternativa	728.088,44	
Reprografia	Medicina Alternativa	1.200,00	
Locação de Mão-de-Obra	Medicina Alternativa	7.496,92	
Cursos, Seminários, Simpósios e Congressos.	Medicina Alternativa	300	64
Viagens e Hospedagens	Medicina Alternativa	2.556,26	
Locação de veículos	Medicina Alternativa	608,57	
Indenizações, Restituições, Multas e Juros Mora.	Medicina Alternativa	420	
Total		740.670,19	
ITEM DE GASTO - CUSTO DIRETO DO CENTRO DE APOIO (D)			
Serviço de Vigilância	Apoio	122.221,20	
Eletricista, Encanador, Pedreiro e Jardineiro.	Apoio	5.749,70	16
Serviço de Limpeza e Conservação	Apoio	55.225,14	
Total		183.196,04	
TOTAL GERAL (A+B+C+D) = 1.148.270,26			100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

Na alocação dos custos relacionados à produção, em cada centro de custo definido nos resultados da pesquisa, foi possível identificar os itens de gasto com maior representação de valor nos custos.

No grupo A da tabela 2, que contém os custos indiretos que foram rateados representando 7% do custo total de toda unidade, temos os itens de gastos que mais se destacaram nesta categoria pelo seu valor, respectivamente: a conta telefônica da unidade (R\$ 10.722,33) e a energia elétrica (R\$ 10.101,01), ambas representando 14,20% e 13,38% do valor total dos custos indiretos da unidade.

O centro de custo que representa o maior dispêndio da unidade é o da Medicina Alternativa, equivalendo a 64% de todo o custo da unidade, sem a alocação dos rateios (Tabela 2).

Em um estudo de caso realizado em um hospital de Blumenau/SC, o qual se utilizou o método de custeio por absorção associado a outro sistema de alocação de custos Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit (RKW), para geração de informações gerenciais, pode-se verificar também, o critério de alocação dos custos para as áreas produtivas de acordo com sua natureza de origem, sendo estes alocados aos centros de custos por meio de bases de distribuição e por critérios de utilização (BEUREN, 2008).

Em consonância com este trabalho, em pesquisa realizada sobre processo de gestão de custos, em Maternidade do Estado de Santa Catarina, por meio do custeio por absorção, constatou-se também que, os centros de custos produtivos são os mais onerosos, pelo fato de ser neles a concentração dos principais serviços prestados pela maternidade (RAUPP, CRISPIM E ALMEIDA; 2007).

Este último estudo exemplificado, exploratório de custos, sobre o exame pré-natal nas Unidades da Saúde da Família da cidade do Recife, integrantes do Programa de Extensão Comunitária do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – PEC/IMIP, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, mesmo utilizando um método de custeio diferente do realizado neste trabalho, apurou que os valores relacionados diretamente com à assistência da gestante, foram os mais elevados, representando 92% dos custos diretos registrados (VIDAL, 2011). Os resultados encontrados reforçam que os custos diretos originados dos centros produtivos anteriormente definidos, são os mais presentes.

5.3 Rateios dos Custos Indiretos da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath

No que tange aos critérios de rateio, estudo realizado sobre gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos, comparando o método de absorção com outros métodos existentes, reforça que critérios de rateio devem possibilitar a distribuição dos custos indiretos com bom senso e uniformidade, pois uma mudança de critério de rateio altera diretamente na apuração dos resultados, (BONACIM e ARAUJO, 2010; BRASIL, 2013).

Por não haver uma regra rígida, mas com a preocupação de se evitar escolhas arbitrárias que comprometessem o resultado final da pesquisa, o procedimento adotado, foi o rateio dos itens de gasto perante aos centros de custo de forma proporcional a sua utilização (Tabela 2 e 3), procedimento este, adotado pelo Programa Nacional de Gestão de Custos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Esta dificuldade de alocar os custos indiretos está na dificuldade de estabelecer um critério norteador, sem que sejam envolvidos elementos de subjetividade (MEGLIORINI, 2007).

Tabela 3 – Demonstrativo de rateio (Grupo A), com base na utilização percentual dos centros de custo que fizeram uso dos itens de gasto da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

ITEM DE GASTO - PARA RATEIO (A)	GRUPO DE GASTO (B) ADMINISTRATIVO		GRUPO DE GASTO (D) CENTRO DE APOIO		GRUPO DE GASTO (C) MEDICINA ALTERNATIVA		TOTAL (R\$)
	% / R\$		% / R\$		% / R\$		
Água	10	583,28	60	3.499,70	30	1.749,85	5.832,84
Energia Elétrica	20	2.020,20	10	1.010,10	70	7.070,71	10.101,01
Telefone	100	10.722,33	0	0,00	0	0,00	10.722,33
Aluguel de Espaço	33	16.282,12	33	16.282,12	34	16.282,12	48.846,36
TOTAL	R\$	29.607,94	R\$	20.791,93	R\$	25.102,68	75.502,54

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

Tendo em vista que cada centro de custo representa o valor do custo direto total da unidade, no que tange aos itens de gasto, com a distribuição dos valores de rateio, foi possível apresentar o valor definitivo destes e o quanto cada um aumentou percentualmente após a incorporação das frações de rateio (Tabela 4).

Tabela 4 – Valor total e percentual dos centros de custeio, após absorção dos rateios da Unidade de Cuidados Integrals á Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

CENTRO DE CUSTO	(R\$) TOTAL CENTRO	RATEIO POR CENTRO (R\$)	TOTAL	AUMENTO PERCENTUAL	TOTAL
CENTRO ADMINISTRATIVO	R\$ 148.901,49	R\$ 29.607,94	R\$ 178.509,43	19,88%	15%
CENTRO DE APOIO	R\$ 183.196,04	R\$ 20.791,93	R\$ 203.987,97	11,35%	18%
CENTRO DE MEDICINA ALTERNATIVA	R\$ 740.670,19	R\$ 25.102,68	R\$ 765.772,87	3,38%	67%
TOTAL	R\$ 1.072.767,72	R\$ 75.502,54	R\$ 1.148.270,26	-	100%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

O Centro Administrativo obteve, após os rateios, um acréscimo de 19,88%, representando 15% do valor total da unidade. O Centro Apoio/Auxiliar sofreu um acréscimo de 11,35%, representando posteriormente 18% do valor total da unidade. Por fim, o Centro Produtivo passou por acréscimo de 3,38%, representando posteriormente 67% do valor total da unidade (Tabela 4).

5.4 Produção Anual dos Serviços de Saúde da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath

Dentre as diversas práticas oferecidas na unidade (Tabela 5), destaca-se a maior procura por práticas individuais em relação às coletivas, aproximadamente 71,76% de todas as práticas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em pesquisas realizadas sobre as PICs no Brasil constatou que o norte do país é a região que mais utiliza estas práticas, em especial tratamentos individuais como acupuntura, homeopatia, uso de plantas medicinais e fitoterapia, entre outros. O estado de Rondônia foi o primeiro lugar com 16,8% de sua população fazendo uso de alguma prática integrativa e complementar (IBGE, 2015).

Tabela 5 – Descrição dos atendimentos das práticas individuais e coletivas, por práticas, da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), Recife/2014.

Práticas Oferecidas	Nº de Usuários		Atendimento (%)
	Ano	Ano	
Individuais			
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	2.112	2.112	20,37
NUTRIÇÃO	1.440	1.440	13,89
ACUPUNTURA	960	960	9,26
AURÍCULO ACUPUNTURA	960	960	9,26
HOMEOPATIA	768	768	7,41
MEDITAÇÃO	720	720	6,94
ZU YEN SU	480	480	4,63
Total 01	7.440	7.440	71,76
Coletivas			
NUTRIÇÃO	7.680	960	9,26
DANÇA E PERCUSSÃO	4.320	432	4,17
TAI-CHI	2.880	288	2,78
AUTOMASSAGEM	2.400	240	2,31
PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL	1.920	192	1,85
HIDROGINÁSTICA	1.440	192	1,85
BIOENERGÉTICA	1.152	144	1,39
YOGA	1.152	144	1,39
CORPORIFICANDO A CONSCIÊNCIA	576	144	1,39
LIAN GONG	576	144	1,39
ARTETERAPIA	480	48	0,46
Total 02	24.576	2.928	28,24
TOTAL GERAL (01+02)	32.016	10.368	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Unidade de cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA).

Ao comparar a quantidade de atendimentos, as práticas individuais superam às coletivas. Contudo, quando se leva em consideração que as práticas coletivas ofertadas na unidade possuem uma maior quantidade de usuários, mínimo de oito participantes para a formação de um grupo, esta então passa a ser superior em relação às práticas individuais (Tabela 5).

Esta diferença entre as categorias e a relação de atendimento realizado e usuário atendido, exige uma melhor caracterização de custos, para que seja possível a determinação do custo por atendimento e o custo por usuário.

5.5 Custo Unitário da Produção Anual dos Serviços de Saúde da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath

O somatório dos valores obtidos nos centros de custos foi utilizado no cálculo do valor unitário, sendo dividido o valor total da unidade pelo número de atendimentos e usuários atendidos em todo ano de 2014 (Tabela 6).

Tabela 6 – Custo unitário da produção anual da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), por atendimento realizado e por usuário atendido Recife/2014.

CENTRO DE CUSTOS	VALOR (R\$)
CENTRO ADMINISTRATIVO	R\$ 178.509,43
CENTRO DE APOIO/AUXILIAR	R\$ 203.987,97
CENTRO DE MEDICINA ALTERNATIVA	R\$ 765.772,87
Custo Total	R\$ 1.148.270,26
Nº. Atendimentos	10.368
Nº. Usuários	32.016
Custo Unitário R\$ (Custo Total / Nº. Atendimentos ano)	R\$ 110,75
Custo Unitário R\$ (Custo Total / Nº. Usuários)	R\$ 35,87

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Departamento de Contabilidade e Custos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

Castro (2007) analisou os custos das unidades básicas de saúde de Porto Alegre no ano de 2002, encontrando para as USFs um valor médio de R\$ 103,82 e para as UBS um valor de R\$ 120,12, por usuário atendido. Resultados semelhantes foram encontrados por Castro (2011) em unidades básicas de saúde de diferentes localidades, aferindo os custos por meio do custeio por absorção, em que o custo médio por usuário/procedimento, apresentou valores que variaram de R\$ 8,35 a R\$ 34,20.

Estes estudos avaliam serviços/procedimentos da Atenção Básica que não envolvem as PICs, mas corroboram de referência, pois se enquadram na categoria de estudos sobre custos de serviços de saúde, permitindo comparações em um cenário de inexistência/escassez de estudos que avaliam os custos das PICs, por absorção, em UBS.

Estes valores quando comparados aos que foram encontrados na UCISGA, mostram que os 32.016 usuários atendidos com um valor médio de R\$ 35,87 por usuário e R\$ 110,75 por atendimento, não representa um custo elevado, em detrimento do modelo de atenção adotado, que não prioriza a maximização dos atendimentos, a partir de uma lógica produtivista.

6 CONCLUSÃO

Com base na concentração dos serviços desenvolvidos, o estudo revelou, que a unidade encontrava-se dividida em 03 centros de custos distintos, dos quais o que se apresentou com o maior custo, foi o Centro Produtivo, com 67% do custo total da unidade, visto que as principais atividades, são ofertadas neste seguimento. Os demais centros de custo, Administrativo (15%) e Apoio (18%), exercem suas atividades baseadas em gerenciamento e nas atividades limpeza, conservação e manutenção da unidade. A oferta dos serviços de vigilância e de limpeza, exercidos por terceiros, sugerem maiores análises, pois estes custos de prestação de serviços apresentam-se elevados em relação ao quantitativo de funcionários que exercem funções alocadas no Centro de Apoio.

Os custos diretos foram os mais representativos, pelo fato de seus maiores gastos estarem relacionados ao pagamento funcional e ao nível de especialização da mão-de-obra utilizada. O custo da energia elétrica e da telefonia foram os que tiveram maior destaque dentre os custos indiretos da unidade. Os custos diretos e indiretos, representaram respectivamente, 93% e 7%, de um custo total anual de R\$ 1.148.270,26. Este resultado possibilitou estimar o cálculo do custo de um usuário atendido em R\$ 35,87 e o custo por atendimento ao usuário em R\$ 110,75.

No que tange aos serviços ofertados, os que prevalecem são às práticas individuais (71,76%), porém, se considerarmos que as práticas grupais (28,24%) apresentam um maior quantitativo de usuários atendidos, estas passam a ser as de menor custo para unidade e de maior quantitativo efetivo de manutenção.

Pode-se concluir que os resultados desta pesquisa, evidenciaram que as práticas coletivas quando comparadas com as individuais, são menos onerosas, visto que mais usuários podem ser atendidos em uma única atividade; e que o custo do usuário da UCISGA, mesmo quando comparado com outras unidades distintas quanto a sua finalidade dentro da atenção básica, se apresenta baixo e com um modelo de atendimento a seus usuários diferenciado, buscando a manutenção da saúde de maneira integral, preventiva e duradora, sem maximização do número de atendimentos.

Desta forma, espera-se que as informações de custos geradas com esta pesquisa contribuam não só com o monitoramento dos custos internos da unidade, mas, também para definir linhas de ações gerenciais mais amplas, efetivas e com a padronização destes métodos de gestão de custos que procuram subsidiar a redução do consumo e a criação de indicadores econômico-financeiros de desempenho.

É importante enfatizar que esta avaliação de custos realizada neste estudo, no âmbito das unidades especializadas em PICs, é inédita e poderá servir como fonte de dados para nortear futuras intervenções.

Entende-se também, que a pesquisa trará contribuições no sentido de ampliar a produção científica, a respeito do tema, além de incentivar as instituições de saúde a investirem na qualificação deste setor. Tendo em vista seu pioneirismo na abordagem dos custos das PICs, no ano em que as mesmas completam 10 anos de institucionalização no país, proporciona-se a partir desse estudo, uma maior conscientização dos atores envolvidos (gestores, profissionais, comunidade e as instituições de pesquisa) nas discussões dos problemas que impactam e dificultam o desenvolvimento destas atividades no Sistema Único de Saúde, no município do Recife.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. S. **Recomendações e prescrição de medicinas alternativas e complementares por profissionais da estratégia de saúde da família (ESF) no município do Recife- PE.** Recife, 2013. p. 54. Dissertação em Saúde Coletiva. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

ASEVEDO, F. M. F.; KOCH, H. A. **Avaliação dos custos para a implantação de um serviço de mamografia.** Revista Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 101-105, 2004.

AZEVEDO, Y. G. P.; SANTOS, J. V. J.; GOMES, A. M.; CARVALHO, D. R.; OLIVEIRA, R. M. A. **Investigação dos Métodos de Custeio Utilizados Pelos Hospitais Públicos do Município de Natal/RN.** In: XIV Congresso Internacional de Custos, 2015, Medellín. XIV Congresso Internacional de Custos, 2015.

BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. **A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde.** Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá, v. 1, n. 1, 2010.

BEUREN, I. M. ; SCHLINDWEIN, N. F. **Uso do Custeio por Absorção e do Sistema RKW para gerar informações gerenciais: um estudo de caso em hospital.** Revista ABCustos, São Leopoldo, v. 3, p. 24-47, 2008.

BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. **Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto da USP.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 903-931, ago. 2010.

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

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal>. Acesso em 05 de novembro de 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Estabelecimentos de saúde que ofereciam serviços de PICs em todo Brasil.** Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em 06 de junho de 2016.

BUSS, P. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, mimeo, 1998.

CAMPOS, A.F.C. **Disciplina autônoma de economia da saúde.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1985.

CARVALHO, D. F. **Gestão de Custos: a informação contábil para a tomada de decisões.** 1. ed. Belo Horizonte, 2012.

CASTRO, J. D.; ROCHA, V.; PINTO, S. **Custo-efetividade: comparação entre o modelo tradicional e o Programa de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 3, n. 10, p. 91-98, 2007.

CASTRO, P. S. **Aferição de custos em unidades básicas de saúde: revisão integrativa da literatura.** São Paulo, 2011. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CATELLI, A.; PARISI, C.; SANTOS; E.S. **Gestão econômica de investimentos em ativos fixos.** Revista Contabilidade e Finanças – USP, n.31, p.26 - 44, 2003.

CAVASSINI, A.C.M. et al. **Avaliações econômicas em Saúde: apuração de custos no atendimento de gestações complicadas pelo diabete.** Revista de Administração em Saúde, v. 12, n. 46, p. 23-30, 2010.

CONTATORE, O. et al. **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde.** Revista Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

DRUMMOND, M.F. et al. **Methods for the economic evaluation of health care programmes.** New York: Oxford University Press, 2005.

DONNANGELO, C. A.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUBOIS, A.; KULPA, L.; SOUZA, L. E. **Gestão de custos e formação do preço: conceitos, modelos e instrumentos: abordagem do capital de giro e da margem de competitividade.** São Paulo: Atlas, 2006.

- DUTRA, R. G. **Custos: uma abordagem prática**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 333-384, 2008.
- ESTEVAM, T. **UCIS Guilherme Abath**. Recife, 21 set. 2011. Disponível em: ucisguilhermeabath.blogspot.com. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.
- FERREIRA, R. J. **Contabilidade de custos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2007.
- FLECK, M. P. A. et al. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.
- FLORENTINO, A. M. **Custos: princípios, cálculo e contabilização**. 8.ed. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, serviço de publicações, 1983.
- GASQUE, K. C. G. D. **Letramento informacional: pesquisa, reflexão e aprendizagem**. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciência da Informação. p.183, 2012.
- IBGE. **Práticas integrativas são mais utilizadas no norte. Brasília, 2015**. Disponível em: www.acritica.com/channels/cotidiano/news/segundo-dados-do-ibge-praticas-integrativas-e-complementares-sao-mais-utilizadas-no-norte. Acesso em: 10 de novembro de 2015.
- LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services, 1974.
- LEONE, G. S. G. **Curso de contabilidade de custos**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- LIMEIRA, M. P. **Análise teórica das restrições impostas aos sistemas tradicionais de custeio com relação à apuração do custo unitário de fabricação**. Dissertação de mestrado em engenharia de produção. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2004.
- LUZ, M. T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 145-176, 2005.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 1998.
- _____. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- _____. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- _____. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

- MEGLIORINI, E. **Custos: análise e gestão**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- MELO, J. F. M.; SEVERIANO FILHO, C. **Desmistificando as limitações do uso do Custeio por Absorção**. Contabilidade Vista e Revista, Belo Horizonte, v. 17, n.13, p. 11-24, 2006.
- MELO, M. B. **Saúde Coletiva e Mestrado em Odontologia: um Estudo de Representação Social**. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.
- MELO, S. C. C. et al. **Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.
- MELLO, S. C. C; SANTANA, R. G; SANTOS, D. C; ALVIM, N. A. T. **Práticas complementares em Saúde e os Desafios de sua Aplicabilidade no Hospital: visão dos enfermeiros**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.
- MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. **Sobre a Economia da Saúde: Campos de Avanço e sua Contribuição para a Gestão da Saúde Pública no Brasil**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, p. 259-293, 2006.
- MORRIS, M. J. **Iniciando uma pequena empresa com sucesso: como fugir das armadilhas e resistir firmemente aos primeiros anos cruciais**. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.
- NAKAGAWA, M. **ABC: Custeio baseado em atividades**. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- NEVES, S.; VICECONTI, P. **Contabilidade de Custos**. 6 ed. São Paulo: Frase, 2000.
- NIGENDA, G. et al. **La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia**. Salud Pública de México, v. 43, n. 1, p. 41-51, 2001.
- NUNES, E. D. **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. São Paulo: Global, 1983.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Traditional Medicine Strategy**. Genebra, 2005ya. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>>. Acesso em: 20 de março de 2016.
- OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. **A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, n. 16, v. 3, p. 1801-1811, 2011.
- PADOVEZE, C. L. **O Paradoxo da Utilização do Método de Custeio: Custeio Variável por Absorção**. Revista CRC-SP, v. 4, n. 12, p. 42-58, jun. 2000.

PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

_____. **O futuro do SUS**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, 2012.

RAUPP, F. M; CRISPIM, C. H; ALMEIDA, E. S.V. **Gestão de Custos Hospitalares por Meio do Custeio por Absorção: o caso da Maternidade Carmela Dutra**. Revista de Informação Contábil, Recife, v. 2, n. 1, p. 120-133, 2007.

RECIFE. **Portaria nº 122, de 06 de Julho de 2012**. Disponível em: <http://picsne.com.br/html/PMPICS>. Acesso em: 10 de março de 2016.

ROCHA FILHO, F. S.; SILVA, M. G. C. **Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, 2009.

SANTOS, F. A. S. et al. **Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011.

SANTOS, J. S; MARION, J.C.; SEGATTI, S. **Administração de custos na agropecuária**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PICS. **Primeiro Relatório Internacional em PICS**. Brasília, 13 de mai. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf . Acesso em 15 de dezembro de 2016.

SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. **Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil**. Revista Saúde Pública. v. 32, n. 1, 1998.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. **Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 393-405, 2009.

SOUSA, I. M. CARVALHO; BODSTEIN, R. C. A; TESSER, C. D; SANTOS, F. A. S; HORTALE, V. A. **Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

TANAKA, OSWALDO Y. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TASSO, E. S. H. **Custos da Estratégia de Saúde da Família em Novo Xingu - RS, 2014**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Curso de especialização em Gestão em Saúde (UAB). Serafina Correa, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130255>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

TELESI JUNIOR, E. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

UNICRJ. **Primeiros padrões de informação para medicina tradicional serão desenvolvidos pela ONU.** Rio de Janeiro, 08 de dez. 2010. Disponível em: <http://unicrio.org.br/primeiros-padroes-de-informacao-para-medicina-tradicional-serao-desenvolvidos-pela-onu/>. Acesso em de dezembro de 2015.

UNIMED BRASIL. **Taxa de Coparticipação.** Disponível em: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=53762&cd_secao=65344. Acesso em em 02 de maio de 2016.

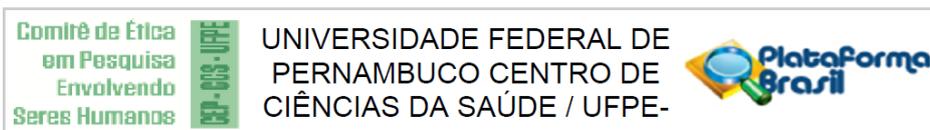
VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.

VIDAL, S. A.; SAMICO, I. C.; FRIAS, P. G.; HARTZ, Z. M. A. **Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública. v. 45, p. 467-474, 2011.

VOLCAN, S. M. A.; SOUSA, P. L. R.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. **Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal.** Revista de Saúde Publica. v. 37, n. 4, p. 440- 445, 2003.

WERNKE, R. **Gestão de custos: uma abordagem prática.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ANEXO A – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE PROJETO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apuração dos custos das medicinas/práticas integrativas e complementares na saúde mental em Pernambuco - ApuraSMPIC

Pesquisador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Versão: 2

CAAE: 07270212.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 032634/2012

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

Informamos que o projeto Apuração dos custos das medicinas/práticas integrativas e complementares na saúde mental em Pernambuco - ApuraSMPIC que tem como pesquisador responsável Adriana Falangola Benjamin Bezerra, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS em 27/08/2012 às 12:23.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE USOS DE DADOS PCR/SMS/UCISGA

PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE CUIDADOS INTEGRALIS À SAÚDE GUILHERME ABATH

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Adriana Falangola Benjamin Bezerra, o acesso aos dados de prontuários para serem utilizados na pesquisa “Custo-efetividade das práticas integrativas e complementares na rede de atenção psicossocial: um estudo multicêntrico”, que está sob a coordenação da mesma.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Dr. Júlio Antunes B. Lins
Médico
CRM 4946

Julio Antunes Barreto Lins
CPF: 042.362.764-37