

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA**  
**SAÚDE**

**LILIAN COELHO DA SILVA**

**ANÁLISE DE CUSTOS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA NO**  
**MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO**

Recife  
2018

LILIAN COELHO DA SILVA

ANÁLISE DE CUSTOS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA NO  
MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de Concentração: Gestão e  
Economia da Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Falangola  
Benjamin Bezerra.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Ma. Camilla Maria  
Ferreira de Aquino.

Recife  
2018

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586a Silva, Lilian Coelho da  
Análise de custos dos Consultórios na Rua no município de Recife -  
Pernambuco / Lilian Coelho da Silva. - 2018.  
61 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Adriana Falangola Benjamin Bezerra e  
Coorientadora Prof.<sup>a</sup> Ma. Camila Maria Ferreira de Aquino.  
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) –  
Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.  
Inclui referências e anexos.

1. Economia da Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Pessoas em  
situação de rua. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II.  
Aquino, Camila Maria Ferreira de (Coorientadora). III. Título.

336 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2019 – 089)

LILIAN COELHO DA SILVA

ANÁLISE DE CUSTOS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA NO  
MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Beatriz Vasconcelos Lima Araújo  
Prefeitura da Cidade do Recife

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Alves e Luna  
Prefeitura da Cidade do Recife

---

## AGRADECIMENTOS

A Deus que por meio de seu amor incondicional, permitiu que essa jornada chegasse ao fim, pois sem Ele nada seria permitido.

À minha querida e amada mãe Amélia que desde o princípio me apoia, vibra e acredita que sou capaz. Obrigada pelas inúmeras noites com meus filhos, para que eu pudesse ler e escrever esta dissertação.

Aos meus filhos: Laís e Lucas. Meus maiores motivos de lutar por dias melhores e a minha maior razão de ir além.

Ao meu pai Uílio e a minha irmã Lindalva que sempre me ajudaram e incentivaram, mesmo que à distância.

Ao meu marido Alysso Albuquerque, meu parceiro de vida, que acompanha essa saga desde o início e mesmo diante de todas as pedras e as surpresas que surgiram no meio do caminho sempre torceu, incentivou, acreditou, abriu mão dos finais de semana, para que eu me dedicasse a este projeto.

Às minhas queridas primas pela torcida e boas energias, principalmente a já Doutora Ladjane Coelho, por seu incentivo constante à minha entrada na carreira acadêmica.

À professora Adriana Falangola que desde o começou me acolheu, não foi por acaso a sua escolha. Sempre compreensiva e companheira na condução deste trabalho. E a Camilla Aquino que como co-orientadora também não deixou a desejar, serei grata eternamente a ambas pela paciência e parceria.

À minha amiga Griziele Sandrine pela ajuda na inscrição do mestrado e durante a construção da dissertação, sem você não conseguiria.

A todos os meus amigos da turma do mestrado, em especial Michely Bezerra, Ana Carla e Marcela França, que sempre dividiram comigo as angústias e aflições, mas também as vitórias e as conquistas.

À Universidade Federal de Pernambuco, especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES/UFPE), pela oportunidade de realização do curso.

A todos os professores do PPGGES/UFPE e a CAPES pelo incentivo a pesquisa.

Ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (DESID/SE/MS) que financia o PPGGES/UFPE.

Aos professores que fizeram parte da banca examinadora e puderam contribuir com meu trabalho.

A todos os profissionais do Consultório na Rua que ofereceram momentos inesquecíveis que só a RUA oferece, meu carinho e gratidão serão eternos.

Aos profissionais da Prefeitura Municipal da Cidade do Recife, em especial aos da Secretaria de Saúde/ Gerência Financeira que com a disponibilização dos dados possibilitaram a realização da pesquisa.

Enfim, a todas as pessoas que de alguma forma estiveram comigo nesta caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Até aqui nos ajudou o Senhor”*

(BÍBLIA, 1 Samuel 7:12)

*“É preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”.*

(CAMELO, 2003)

## RESUMO

O Consultório na Rua surgiu em 2012, como uma estratégia inovadora para o cuidado à população em situação de rua, oportunizando o acesso às pessoas que vivem em extrema vulnerabilidade social, estigmatizadas e excluídas culturalmente. Levando o cuidado integral à saúde do indivíduo para o espaço da rua; cuidando em liberdade. Estudar os custos para a manutenção deste serviço é importante para além da atualidade na abordagem da gestão dos custos na área da saúde. O estudo é quantitativo, exploratório e descritivo, cujo objetivo é caracterizar os custos dos Consultórios na Rua do município de Recife/PE. Foi aplicado o método de Custeio Baseado em Atividade - ABC, utilizando-se as técnicas de observação direta para o levantamento das atividades exercidas. Para coleta dos dados, obteve-se parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife e sua Secretaria de Saúde/ Gerência Financeira. Estes foram analisados e agrupados em planilhas do Microsoft Excel®, o que gerou informações do tipo: custo anual com os profissionais de nível superior em R\$ 46.156,77 e de nível médio em R\$ 35.949,00, a atribuição de valores por minuto trabalhado, de acordo com nível de escolaridade, alcançando R\$ 0,53 e R\$ 0,42 respectivamente. Além disso, identificou-se o tempo que estes profissionais gastam para exercer cada uma das 23 atividades elencadas e os seus custos, individualmente. As informações obtidas pelo ABC resultaram na compreensão do processo de atendimento aos usuários, fornecendo a base para mensurar os custos. Constatou-se que os mesmos são mais elevados para a realização das atividades que utilizam o insumo transporte e que os custos com os profissionais de saúde correspondem a 69% do valor repassado pelo Ministério da Saúde para manutenção das equipes, assemelhando-se a outros estudos no âmbito da Atenção Básica, os quais equivalem de 70% a 75%. Observou-se que os custos por atividade variam, de acordo com tempo gasto para sua realização e o valor do insumo. A atividade que apresentou menor custo foi a de ofertar parecer / laudo para documentação R\$ 16,85, enquanto que a atividade que apresentou maior custo foi a de coleta de baciloscopia para tuberculose, totalizando R\$ 115,35, representando 6,4% do custo total das atividades. O estudo tem sua importância ampliada para além do Consultório na Rua, pois o ineditismo deste tipo de avaliação de custos poderá servir como fonte de dados para nortear futuras intervenções, contribuindo para o gerenciamento das atividades, auxiliando o gestor na tomada de decisão, com consequente impacto positivo na gestão dos custos.

**Descritores:** Economia da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pessoas em Situação de Rua.

## ABSTRACT

The “Consultory in the Street” appeared in 2012, as a new strategy to the care of the population in street situation, opportuning the access to the people that lives in an extreme social vulnerability, stigmatized and socially excluded. Bringing the integral care of people’s health to the street; taking care in freedom. To study the costs for this service maintenance has its importance beyond the present approach of costs management in the health area. This study is quantitative, explorative and descriptive, which objectives to characterize the costs of CnR in the city of Recife/PE. It was applied the method of Activity Based Costing - ABC, utilizing the technique of direct observation to identify the exercised activities. Other data was collected with the City Hall of Recife and their Health Secretary / Financial Managing team. These were analyzed and grouped in spreadsheets of Microsoft Excel®, making possible some definitions, as the annual cost with Graduated professionals of R\$45.156,77 and High School of R\$35.949,00, the attribution of values by working minute, depending of the level of education, reaching R\$0,53 and R\$0,42, respectively. Further, it was identified the time that these professionals spent to exercise each of all 23 activities listed and their costs, individually. Data got by ABC have resulted in the comprehension of attending process offered to users, giving a parameter to measure costs. It was noted that costs are higher in activities that use transport by car, and that costs with health professionals represent 69% of the repassed value by the Ministry of Health for the maintenance of CnR teams, resembling others studies in Primary Healthcare area, which show an expenditure of 70% to 75% of costs with health professionals. The study has its importance extended beyond CnR, considering that costs analysis of CnR was yet unpublished and, therefore, its novelty offer useful data to guide futures interventions, contributing to the managing of activities, helping the manager in decision making, and with consequent positive impact in costs managing.

**Descriptors:** Health Economics. Primary Health Care. Homeless Persons.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Perspectiva do custeio baseado em atividade. ....	30
<b>Figura 2</b> – Mapa com as Regiões Político Administrativas (RPA) da Cidade do Recife. ....	35
<b>Figura 3</b> – Descrição das atividades metodológicas seguidas para definição do estudo/modelo conceitual de implantação do ABC. ....	37
<b>Figura 4</b> – Organograma do Consultório na Rua. Recife/PE. ....	38
<b>Figura 5</b> – Fluxograma das atividades desenvolvidas por todos os profissionais das e-CnR, Recife/PE, 2016. ....	39
<b>Figura 6</b> – Fluxograma das atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível superior das e-CnR, Recife/PE, 2016. ....	40
<b>Figura 7</b> – Método para cálculo dos custos por profissional dos CnR. Recife/PE. ...	43

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição de profissionais de acordo com a portaria MS nº 122/2011. ....	25
<b>Quadro 2</b> – Recurso repassado pelo Ministério da Saúde (MS/Brasil) por e-CnR nas diversas modalidades, conforme portaria 1238/2014. ....	26
<b>Quadro 3</b> – Definições de termos básicos para gestão de custos.....	31
<b>Quadro 4</b> – Protocolo de atividades seguidas durante a pesquisa. Recife, 2018.....	34
<b>Quadro 5</b> – Distribuição de bairros de acordo com os Distritos Sanitário beneficiados pelos Consultórios na Rua. ....	39
<b>Quadro 6</b> – Recursos identificados no cálculo do custo das atividades realizadas nos CnR. Recife, 2016. ....	42
<b>Quadro 7</b> – Atividades realizadas pelas e-CnR, insumos e quantidades utilizadas e valores unitários e totais em 2016, Recife/PE. ....	44
<b>Quadro 8</b> – Recurso repassado pela Secretaria de Saúde do município por e-CnR modalidade Tipo I, distribuídos por categoria profissional, carga horária, vínculo empregatício e valores. Recife/PE.....	45

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Relação de custo do profissional por atividade realizada no CnR. Recife/PE.....	46
<b>Tabela 2</b> – Descrição de custos por profissional, insumos e custo total das atividades realizadas no CnR. Recife/PE. ....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Avaliação Econômica
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
CnR	Consultório na Rua
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DS	Distrito Sanitário
EAB	Equipes da Atenção Básica
e-CnR	Equipes do Consultório na Rua
ES	Economia da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia do Departamento de Atenção Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NES Núcleos de Economia da Saúde
NUNES	Núcleo Nacional de Economia da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PSE	Programa Saúde na Escola
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPA	Região Político Administrativa

SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEP	Unidade de Esforço de Produção
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Política Nacional de Atenção Básica .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Consultório na Rua.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Economia da Saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Análise de Custos.....</b>	<b>27</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Métodos de Custeio .....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento da pesquisa.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Protocolo para realização do estudo de caso .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados .....</b>	<b>35</b>
<b>4.5</b>	<b>Tratamento dos dados .....</b>	<b>36</b>
<b>4.6</b>	<b>Passo 1 - Diagnóstico institucional e unidade de análise.....</b>	<b>37</b>
<b>4.7</b>	<b>Passo 2 - Mapeamento dos processos/ Identificação das atividades.....</b>	<b>39</b>
<b>4.8</b>	<b>Passo 3 - Custeio de objetos / Direcionador de atividades.....</b>	<b>40</b>
<b>4.9</b>	<b>Passo 4 - Custeio das atividades/ Direcionador de recurso .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE USOS DE DADOS PCR/SMS.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os assuntos a respeito dos modelos de atenção, financiamento e gastos vêm fazendo parte das matérias abordadas nas pesquisas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), possivelmente com a mesma frequência das temáticas voltadas à avaliação dos seus princípios doutrinários e operativos.

A gestão de custos passou a ser um instrumento necessário para as instituições de saúde, pois permite o controle dos custos, auxilia nas medidas corretivas, aumenta o desempenho das organizações e define prioridades para aplicação dos recursos disponibilizados (RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007).

Além disso, as mudanças na estrutura de mercado estão exigindo dos profissionais e gestores recursos para aumentar o valor dos serviços e reduzir os custos de produção, a fim de buscar uma gestão de melhor desempenho (XAVIER, 2016).

Assim, o atual desafio das instituições de saúde no país é incorporar profissionais de saúde que sejam aptos no controle e gerenciamento dos custos na administração e que saibam racionalizar os mesmos (REGONHA; BAUNGARTNER; SCARPI, 2016).

Com isso, o presente estudo visa contribuir com informações de natureza gerencial e estratégica para a Gestão de Saúde, no acompanhamento dos custos dos Consultórios na Rua (CnR), no município de Recife/PE, utilizando o método de Custeio Baseado em Atividade (ABC), sigla que deriva do inglês *Activity-Based Costing*. Adotando como objeto de pesquisa uma estratégia do Ministério da Saúde, o CnR, que surgiu em 2012, a partir das portarias nº 122 e nº 123, ambas de 25 de janeiro deste mesmo ano.

O estudo pretende colaborar com a produção e publicação de trabalho acadêmico pioneiro, sobre este tema em nosso país. Visto que a produção de pesquisas sobre este conteúdo ainda é escassa. Vem com o propósito de dar visibilidade a mais uma experiência inovadora no campo da saúde pública, no contexto da rede de Atenção Primária a Saúde (APS).

Reforça a referida pretensão o fato de não ter sido localizado na literatura acadêmica nacional, investigação sobre essa população específica e a Avaliação Econômica em Saúde, uma área de conhecimento ainda pouco explorada pelos profissionais de saúde.

A pesquisa propõe expor o trabalho desenvolvido na assistência à saúde da População em situação de rua (PSR), auxiliando na visualização das atividades executadas e nos insumos utilizados para melhor entendimento sobre os custos do serviço, além de responder quantitativamente as questões pertinentes à importância deste tipo de equipamento.

Não se pretende esgotar o assunto, mas sim reforçar a necessidade de pesquisas que associem Avaliação Econômica (AE) e Atenção Básica (AB). Com o intuito de proporcionar o maior benefício possível com a melhor utilização dos recursos destinados ao setor saúde (MORAES et al., 2006)

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

a) Analisar os custos dos serviços dos Consultórios na Rua, no município do Recife.

### **2.2 Objetivos específicos**

a) Identificar as atividades e os custos diretos das equipes dos Consultórios na Rua;

b) Calcular por atividade os custos dos Consultórios na Rua, do município de Recife/PE.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Nesse segmento foi realizada uma revisão de literatura, que contextualiza o tema proposto: Análise de Custos com o Consultório na Rua, relacionando-os com as políticas mais recentes e como tem acontecido sua abordagem no âmbito acadêmico. Para amparar a pesquisa apresenta-se, neste capítulo, uma síntese da literatura pertinente aos seguintes temas: Política Nacional da Atenção Básica; Consultório na Rua; Economia da Saúde; Análise de Custos e Métodos de custeio.

#### **3.1 Política Nacional de Atenção Básica**

O Programa Saúde da Família (PSF), desde sua criação em 1994, foi se convertendo na principal estratégia de ampliação de acesso e de mudança de modelo assistencial. Foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) com base nos princípios do SUS da integralidade, equidade, participação social e universalidade. Dois anos após, com a Norma operacional Básica do SUS (NOB/96), o PSF assume a condição de reorientador da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta normativa trouxe também a composição dos Pisos da Atenção Básica (PAB) fixo e variável e o estabelecimento dos incentivos financeiros aos municípios que aderissem ao PACS e ao PSF. Transformando em regular e automática a transferência de recursos federais para o financiamento dos mesmos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

Ao longo dos anos, o PSF foi se tornando o eixo norteador da base do SUS, culminando em março de 2006 com a alteração de sua denominação de Programa para Estratégia de Saúde da Família (ESF), anunciada na primeira publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesta foi estabelecida além da mudança de nomenclatura, a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB) para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB foi fruto das experiências de vários atores envolvidos na consolidação do SUS. Focando na descentralização em seu mais alto grau, na proximidade com as pessoas, devendo constituir a principal porta de entrada aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foi de extrema relevância, progredindo no reconhecimento quantos aos modelos de equipes frente a grande diversidade de populações e realidades no país (BRASIL, 2012b).

Decorreu da necessidade de reorientação e readequação do modelo assistencial dos serviços de saúde (CUNHA et al., 2016).

De acordo com suas diretrizes, a AB deve funcionar como centro de comunicação da rede de atenção à saúde com variedade de ações tais como: promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação, tratamento, manutenção à saúde e redução de danos (BARBOSA; BOSI, 2017).

Em sua penúltima publicação, em 2012, permaneceu pautada pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, controle social, humanização, vínculo e responsabilização. Decorreu com o aumento de recursos repassados fundo a fundo e muda a configuração do financiamento federal para AB. Aliando equidade, pois diferencia o Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo dos municípios mais pobres, com menores densidades demográficas e maiores populações de baixa renda com qualidade, criação de um componente de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012b).

Veio para atualizar conceitos e remodelar equipes para as diferentes populações e realidades do país. Além das ESF, houve a inclusão de Equipes da Atenção Básica (EAB) para a população em situação de rua denominada Consultórios na Rua, ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e simplificou requisitos para abertura e ampliação de ESF para população ribeirinha e Unidades Básicas de Saúde (UBS) fluviais. Amplia a intersetorialidade das ações de saúde como à expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) para as creches e prevê implantação de mais polos de Academias da Saúde (BRASIL, 2012b).

Em 2017, o MS estabelece uma revisão das diretrizes da PNAB através da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 para a organização da AB, no âmbito do SUS. Após dois anos de debates entre pesquisadores, gestores, profissionais da área, associações e conselhos de saúde em fóruns, conferências e reuniões e ainda após ter passado por Consulta Pública antes de ser aprovada (BRASIL, 2017).

Esta última atualização, além das premissas trazidas da PNAB de 2012, traz a continuidade do uso dos sistemas de informação em saúde, à incorporação do Registro Eletrônico em Saúde e a integração com as vigilâncias. Além disso, oferta mudanças com relação ao prazo de implantação das equipes, à cobertura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ao teto populacional e versa sobre a criação do perfil de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017).

Os principais aspectos modificados na última versão da PNAB foram:

integração da vigilância em saúde e AB, participação do NASF também nas unidades básicas tradicionais, alteração do prazo de implantação para as equipes de saúde, recomendação à inclusão de gerente da AB, reconhecimento de outros formatos de equipe, a continuidade do uso de sistemas de informação e-SUS e a orientação da redução da população adscrita por equipe de AB e de Saúde da Família de quatro mil pessoas localizadas dentro do seu território para duas mil a três mil e quinhentas (BRASIL, 2017).

### **3.2 Consultório na Rua**

Apesar dos avanços na APS no país, ainda há grupos, destacando-se os de extrema vulnerabilidade, que possuem dificuldade no acesso à rede de atenção à saúde. E as pessoas em situação de rua são exemplo disso, seja pelos estigmas que carregam historicamente ou por diversos entraves como falta de conhecimento dos profissionais do modo de vida destas pessoas, aplicação de tratamentos iguais para todos os sujeitos desconsiderando suas singularidades e até mesmo a exigência do comprovante de residência (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

Esta população possui dificuldade de acesso aos serviços não só de saúde, mas também de habitação, alimentação, trabalho e a direitos básicos de cidadania. Elas sofrem pela marginalização provocada pelo modelo político econômico capitalista. Em que a disputa no mercado de trabalho é cada vez mais instigada, a exigência da qualificação profissional e a fragilidade dos vínculos trabalhistas são aspectos desencadeantes deste processo (GHIRARDI et al., 2005).

Ser morador de rua ou estar na rua denota diversos significados para a sociedade. Esta que por sua vez possui várias normas, regras, cultura, estilos de vida e preconceitos. A População em Situação de Rua (PSR) se encontra num contínuo processo de (re) organização de suas identidades, porém isto não os torna indivíduos sem nome ou sem endereço social e sim representa a criação de novas formas de sobrevivência (PORTO et al., 2012).

A rua apresenta demandas muito complexas à saúde, patologias como tuberculose, HIV, transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas que se entrelaçam a um contexto de extrema vulnerabilidade social e requerem um olhar integral e ampliado.

Em que convida os serviços à adaptação da dinâmica do território, das relações de afetividade, de trabalho, de moradia e com o próprio cuidado, que para ser ofertado

não há a necessidade de retirar a pessoa da rua. Pois, não cabe aos profissionais decidirem se é certo ou errado morar na rua: as pessoas podem estar na rua e terem acesso à saúde (EQUIPE POP RUA; GRUPO DE ENATIVOS, 2014).

A PSR compreende vários estilos de vida na cidade, diversos tipos de relação com a rua: pessoas que moram na rua em tempo integral, pessoas com endereço fixo que passam maior parte do tempo nos logradouros públicos, pessoas que perderam referências familiares, desempregados, imigrantes, egressos do sistema prisional e psiquiátrico, e várias outras situações que podem ou não ser definidas. Muitos foram parar nas ruas, pois viveram uma ruptura com os padrões preestabelecidos pela sociedade e sua dinâmica de funcionamento. Por vezes, houve rompimento com o domicílio, a família, o emprego e com os diversos fatores que a constituem (LOPES, 2014).

São pessoas e famílias que vivem da e na rua e preferem ser conhecidas por pessoas em situação de rua, pois esta denominação demonstra a efemeridade do processo em que vivem decorrentes da exclusão social (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005). Segundo Carneiro et al. (1996) há uma distinção entre essas circunstâncias: estar na rua (recentemente), ser de rua (permanentemente) e ficar na rua (ocasionalmente). A primeira decorre do distanciamento dos familiares e criação de novo vínculo com a rua, a segunda implica na identificação com a rua propriamente dita, criando relações com o espaço e na terceira a pessoa muitas vezes ainda mantém os vínculos familiares e expectativas quanto aos seus projetos de vida.

No Brasil, são escassos os estudos com PSR. Foi a partir da década de 90 que se começou a realizar pesquisas exploratórias com este público e quando começaram a ganhar visibilidade às ações de governo para o enfrentamento das questões que afligem esta população. Em 2009, foi publicada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que representou um grande avanço no país para ampliação dos conhecimentos necessários para implantação de políticas públicas (BRASIL, 2011a).

Esta pesquisa permitiu a melhor compreensão dos modos de vida desta população, suas características socioeconômicas e culturais, suas relações de renda e vínculo.

Aliada a ela outra análise que estava sendo realizada paralelamente nas capitais: Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e São Paulo constataram que havia

cerca de 50.000 pessoas adultas vivendo em situação de rua (BRASIL, 2011a).

De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), PSR caracteriza-se por:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, s/pg.).

A implementação daquela política foi mais desafiadora do que sua própria criação, pois atualmente os trabalhos ainda continuam desarticulados entre si. O sucesso deste tipo de serviço depende de ações intersetoriais, institucionalizadas e duradouras, conforme demonstram estudos (BRASIL, 2010). Já que ações segregadas são pouco efetivas e corroboram para fortalecer o estigma da culpabilização do sujeito que se sente incapaz de se inserir na sociedade (BRASIL, 2012c).

Ainda em 2009, devido ao aumento do consumo de Crack, Álcool e outras drogas pelas populações mais vulneráveis, incluindo a PSR, foram criados, no âmbito do SUS, o Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC). O PEAD propôs e implementou o Consultório de Rua (CR), estratégia que já vinha sendo utilizada como projeto piloto desenvolvido pela Universidade Federal da Bahia, em Salvador (SIMÕES et al., 2017).

O primeiro CR surge em 1999, em Salvador/Bahia, como projeto fruto da experiência do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Posteriormente em maio de 2004, um CR foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPS-ad) do mesmo município, estruturando seu modelo assistencial (BRASIL, 2010).

Atuando na produção de terapêutica singular para cada pessoa e/ ou coletivo em situação de rua. Constituindo-se num importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que perpassavam a assistência em saúde.

Visando articular o atendimento daqueles que, até então, encontravam-se invisíveis aos olhos do SUS (LONDERO; CECCIM; BIBILIO, 2014). Porém, diante das ações realizadas pelo CR viu-se que não havia apenas a necessidade de atenção ao consumo de substâncias psicoativas, assim, em 2011 foi proposto pelo MS à junção

entre o CR e a ESF sem Domicílio (ESF com equipes específicas para atenção integral à saúde da PSR). Desassociando, portanto, as equipes do CR da rede de atenção integral em álcool e outras drogas e concebendo o Consultório na Rua (CnR) que integraria às equipes de Atenção Básica (AB) como uma ação para populações específicas. Aconselhando a formação de uma equipe flexível e adaptável à realidade de quem vive na rua (SIMÕES et al., 2017).

Constituindo-se como uma estratégia de trabalho desafiadora, pois incumbe abrir portas nas estruturas (muitas vezes antes nunca abertas) da saúde e de outras políticas sociais do país. Fazendo com que todos possam desfrutar dos serviços de saúde (ABREU; OLIVEIRA, 2017).

As equipes do CnR lidam com vários problemas e necessidades da PSR, como doenças infectocontagiosas, doenças respiratórias, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, violências, entre outros. O cuidado prestado deve ser integrado e compartilhado com as UBS, os CAPS, os ambulatórios especializados, os serviços de urgência e emergência, os Serviços de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (SAE), serviços de pronto atendimento e outros pontos de atenção da rede de saúde.

Entre as atividades realizadas pelas equipes, as mais praticadas pelos profissionais atuantes na rua, destacam-se: a orientação sobre os problemas de saúde, a distribuição de preservativos, tanto feminino quanto masculino, abordando assim o programa DST/Aids, também deve ser orientado o tipo de serviço que está sendo prestado à comunidade e apresentação do cuidado no espaço da rua (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

Atuando conforme os mesmos princípios da ESF, o CnR é um dispositivo da AB, que corresponde ao ponto de atenção da RAPS. Associando, assim, a AB às ofertas da Saúde Mental (SM) e às da Redução de Danos (RD). Tem como objetivo ampliar a cobertura em saúde, organizar o processo de trabalho com base territorial e responsabilidade sanitária. Representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde da população de rua (BRASIL, 2012c).

Porém, diante das ações realizadas pelo CR viu-se que não havia apenas a necessidade de atenção ao consumo de substâncias psicoativas, assim, em 2011 foi proposto pelo MS à junção entre o CR e a ESF sem Domicílio (ESF com equipes específicas para atenção integral à saúde da PSR). Desassociando, portanto, as equipes do CR da rede de atenção integral em álcool e outras drogas e concebendo

o Consultório na Rua (CnR) que integraria às equipes de Atenção Básica (AB) como uma ação para populações específicas. Aconselhando a formação de uma equipe flexível e adaptável à realidade de quem vive na rua (SIMÕES et al., 2017).

Constituindo-se como uma estratégia de trabalho desafiadora, pois incumbe abrir portas nas estruturas (muitas vezes antes nunca abertas) da saúde e de outras políticas sociais do país. Fazendo com que todos possam desfrutar dos serviços de saúde (ABREU; OLIVEIRA, 2017).

As equipes do CnR lidam com vários problemas e necessidades da PSR, como doenças infectocontagiosas, doenças respiratórias, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, violências, entre outros. O cuidado prestado deve ser integrado e compartilhado com as UBS, os CAPS, os ambulatórios especializados, os serviços de urgência e emergência, os Serviços de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (SAE), serviços de pronto atendimento e outros pontos de atenção da rede de saúde.

Entre as atividades realizadas pelas equipes, as mais praticadas pelos profissionais atuantes na rua, destacam-se: a orientação sobre os problemas de saúde, a distribuição de preservativos, tanto feminino quanto masculino, abordando assim o programa DST/Aids, também deve ser orientado o tipo de serviço que está sendo prestado à comunidade e apresentação do cuidado no espaço da rua (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

Atuando conforme os mesmos princípios da ESF, o CnR é um dispositivo da AB, que corresponde ao ponto de atenção da RAPS. Associando, assim, a AB às ofertas da Saúde Mental (SM) e às da Redução de Danos (RD). Tem como objetivo ampliar a cobertura em saúde, organizar o processo de trabalho com base territorial e responsabilidade sanitária. Representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde da população de rua (BRASIL, 2012c).

Desta forma, a inserção do CnR na segunda publicação da PNAB teve o objetivo de ampliar o acesso das ações de saúde no modelo da atenção integral e intersetorial à PSR, na perspectiva de ir além do modelo da doença e a necessidade de fortalecimento de uma rede de enfrentamento aos agravos que atingem a esta população já caracterizada por pouca longevidade, escassez de acesso aos recursos e carência de educação básica (SANTANA, 2014).

Conforme Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, do MS as equipes de CnR constituem um equipamento itinerante de saúde que integra a Rede de Atenção

Básica, representando porta de entrada prioritária na AB para a população em situação de rua, desenvolvendo ações da atenção psicossocial e deve seguir as diretrizes estabelecidas pela PNAB. Assim, trabalham em comunhão com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), investindo na possibilidade de que o cuidado e a assistência sejam realizados na rua, no próprio território (HALLAIS; BARROS, 2015).

Em se tratando da disposição de profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, define de acordo com a Portaria supracitada, a composição das equipes considerando três modalidades (Quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição de profissionais de acordo com a portaria MS nº 122/2011.

Instituído em Portaria nº 122/2011	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
	Dois profissionais de nível superior	Três profissionais de nível superior	Três profissionais de nível superior
	Dois profissionais de nível médio	Três profissionais de nível médio	Três profissionais de nível médio
			1 médico

Fonte: Adaptado de BRASIL (2011b).

Os CnR de Recife se enquadram na modalidade I e dispõem, por equipe, de: (i) um psicólogo (nível superior); (ii) um assistente social (nível superior); e (iii) dois agentes sociais (nível médio).

Os CnR são classificados de acordo com suas modalidades e podem ser compostos por categorias profissionais que constem no Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente Social, Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. Devem ter no máximo dois profissionais da mesma profissão, quer seja ele de nível superior ou médio, ressaltando a importância de uma composição de equipe multiprofissional (BRASIL, 2011b).

Todas as modalidades das equipes do CnR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações e, se houver agente social, o mesmo será considerado equivalente ao profissional de nível médio.

Devem atender entre oitenta a mil pessoas em situação de rua, com carga horária mínima de 30 horas, adequando seus horários à demanda dinâmica do território rua, podendo ocorrer em períodos diurnos, noturnos e em qualquer dia da semana (BRASIL, 2011b).

No tocante à implantação e liberação do financiamento das equipes do CnR,

os Municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na PNAB para implantação das Equipes de Saúde da Família. Assim, os recursos orçamentários são transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal, por conta do orçamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). O Quadro 2 evidencia os repasses do MS de acordo com a Portaria nº 1238, de 6 de junho de 2014, que fixa o valor do incentivo de custeio referente às equipes de Consultório na Rua, nas diferentes modalidades.

**Quadro 2** – Recurso repassado pelo Ministério da Saúde (MS/Brasil) por e –CnR nas diversas modalidades, conforme portaria 1238/2014.

Recurso MS/Brasil por Equipe e – CnR	
MODALIDADE	VALORES REPASSADOS PELO MS
e-CnR TIPO I	R\$ 19.900,00
e-CnR TIPO II	R\$ 27.300,00
e- CnR TIPO III	R\$ 35.200,00

Fonte: Adaptado de BRASIL (2014).

### 3.3 Economia da Saúde

A Economia da Saúde (ES) é um campo de conhecimento relativamente novo, advindo primordialmente do setor privado na década de 1960. É um setor crescente em todo mundo, pois a preocupação com a utilização de recursos com eficácia e eficiência e a alocação dos mesmos ainda é muitas vezes realizada de forma inapropriada quer seja por deficiência dos métodos avaliativos quer por aplicação imprópria da tecnologia e de recursos humanos (BRASIL, 2012a).

Apesar de desde a década de 80, o tema já ser abordado no país, à institucionalização propriamente dita só ocorreu após a criação do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) (MENDES; MARQUES, 2006). Criado em 2003, uma das primeiras experiências com a Economia da Saúde do Ministério da Saúde. Destacando a importância do tema e contribuição do mesmo para o fortalecimento da gestão (BRASIL, 2006).

Deste modo, para apoiar as transformações e as novas demandas dos modelos de gestão do SUS foi criado o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES), pelo DESID, com o objetivo de fornecer um maior contato entre os atores que formam esta rede, propagando a ES em todo país (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio do NUNES, criou o Manual do Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e

Metodologia, a fim de fornecer subsídios para execução das atividades de gestão, visando contribuir para o planejamento e controle de custos (CARVALHO NETO, 2016).

Para o programa supracitado, a contabilidade dos custos além de auxiliar no processo gerencial possibilita a troca de informações, confronta resultados entre as instituições, facilita a utilização dos recursos, realiza prestação de contas e propõe transparência ao controle social. Assim, a própria criação do Programa Nacional de Gestão de Custos demonstra a relevância do sistema de custos nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) (RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007).

A ES é considerada uma área contemporânea no país, em que se procura aliar conhecimentos advindos da medicina, tais como: segurança e efetividade aos conceitos de eficiência oriundos da economia. Visa instrumentalizar os gestores para melhorar o aproveitamento dos recursos de acordo com a necessidade da população (FERRAZ, 2005).

Definida por Barros (2013) como o estudo da captação de recursos no setor da saúde vem crescendo como ferramenta de compreensão e intervenção neste meio. Do ponto de vista econômico também auxilia no funcionamento do setor, pela busca em satisfazer, da melhor maneira, às necessidades das pessoas. Atualmente já é um ramo autônomo da economia, pois possui relações bastante complexas, várias especificidades e a cada dia amplia as pessoas envolvidas.

Tem entre suas finalidades analisar os fatores determinantes e condicionantes da produção, do consumo, da distribuição, da alocação dos recursos e do financiamento dos serviços de saúde, ofertando alternativas racionais para tomada de decisão e tornando-se ferramenta fundamental para gestão em saúde (BRASIL, 2012a). A aplicação da ES utiliza análises que correlacionam os custos de procedimentos dispostos para uma determinada finalidade.

O SUS pela sua própria especificidade de sistema de saúde universal vem aplicando as estratégias da Economia da Saúde para priorizar políticas de saúde, aperfeiçoar suas ações e otimizar recursos, que são escassos, a fim de reduzir morbidade, hospitalização e fomentar capital humano (BRASIL, 2012a).

### 3.3.1 Análise de Custos

As avaliações dos custos, mensuração dos mesmos, acompanhamento das atividades e dos serviços, constituem uma ação de fundamental importância

estratégica, do ponto de vista gerencial e administrativo, na tomada de decisão e empregabilidade dos recursos (MANKIW, 2014). Sua utilização, quando bem empregada, auxilia os gestores a determinar as prioridades frente às diversas alternativas que competem pelos mesmos recursos, buscando aumentar a eficiência dos serviços de saúde (NOBRE, 2012).

Analisar os custos não é uma prática muito fácil de ser realizada, pois se deve considerar a complexidade dos recursos aplicados e os insumos envolvidos (ABBAS, 2001). É uma atividade que deve ser baseada nas metodologias de apuração de custos que podem ser utilizadas simultânea ou isoladamente de acordo com a escolha do estudo ou da instituição de saúde, proporcionando indicadores e informações para a gestão (BRASIL, 2006).

Na abordagem de análise de custos, faz-se necessário considerar alguns propósitos, tais como: no setor privado a apuração de custos objetiva maximizar lucros e reduzir os custos da produção, enquanto que no setor público visa potencializar os recursos oferecidos, podendo munir os gestores no combate ao desperdício e contribuir no controle social dos gastos públicos (ASSUNÇÃO, 2016).

### 3.3.2 Métodos de Custeio

O custo representa o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Dessa forma, entendem-se como custos os gastos incorridos para a obtenção de um serviço prestado. Parece simples, mas a tarefa de apurar um custo exige o cômputo do custo de cada usuário e do tipo de serviço prestado (ROCCHI, 1982).

Ainda em consonância com a ótica econômica, tudo que pode ser mensurado monetariamente com impacto na produção de um bem ou serviço gerando avaliações, é custo. Já na ótica contábil e administrativa, custo é tudo que é medido monetariamente, na produção de um bem ou serviço, na formação de um estoque (CATELLI; PARISI; SANTOS 2003).

Para mensuração dos custos existem diversos Métodos de Custeio que apresentam diversas finalidades, principalmente: a formação de preços, o gerenciamento de resultados, o planejamento das atividades e a função contábil. A apreciação dos custos, portanto, fornecem subsídios, formulam avaliações e auxiliam no estudo de viabilidade econômica. Interferindo assim, nos processos decisórios oferecendo maior precisão (ASEVEDO; KOCH, 2004).

Para a escolha do método faz-se necessário observar suas vantagens e desvantagens e registrar de forma contínua e sistemática a adequada remuneração dos fatores de produção utilizados no processo (SANTOS; MARION; SEGATTI, 2002). É essencial definir o sistema de custeio de acordo com as variáveis do serviço, relacionando-o ao objetivo da organização e as informações necessárias para tomada de decisão dos gestores. Os sistemas de custeio podem ser usados isoladamente ou em associação com outros, uma vez que não são excludentes entre si (DALLORA; FORSTER, 2008).

Assim, para apuração dos mesmos é importante definir a forma de calcular os custos de um programa ou de uma instituição, pois existem vários métodos de custeio e não se pode dizer que um substitui o outro. Para escolhê-lo faz-se necessário entender como funciona o serviço em evidencia. Não deve ser considerado singelo em excesso ou ser complexo demais ao ponto de ser incompreensível e de difícil assimilação da informação, mas sim gerar dados suficientes para tomada de decisão adequada (BARBOSA; RÊGO; REZENDE, 2008).

Conforme Migliorini (2012), os métodos de custeio são: Custeio baseado em atividades ABC, Custeio Pleno, Custeio Variável (Custeio Direto) e Custeio por Absorção. De acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) este último sistema utiliza a apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais. Ainda de acordo com o programa o método é o único aceito pela legislação brasileira e provavelmente por este motivo é o mais utilizado pelas instituições (BRASIL, 2006).

O método de custeio direto, também conhecido como variável, fundamenta-se em segregar os custos fixos dos custos variáveis, e devem ser utilizados para os custos que variam com a quantidade de produção (BRASIL, 2006). Considera os objetos de custeio somente os custos e despesas variáveis, já os custos e despesas fixos são levados ao resultado, integralmente (CREPALDI, 2009).

Ainda de acordo com a variabilidade, segundo Falk (2001), denominam-se custos variáveis todos aqueles que se alteram na proporção direta com a quantidade produzida, e estão relacionados diretamente com o volume de pacientes; enquanto os custos fixos, ao contrário, permanecem inalterados, apesar da variação na quantidade produzida e não estão relacionados com o volume de atendimento, portanto se apresentam estáveis e não variam em relação ao número de pacientes atendidos.

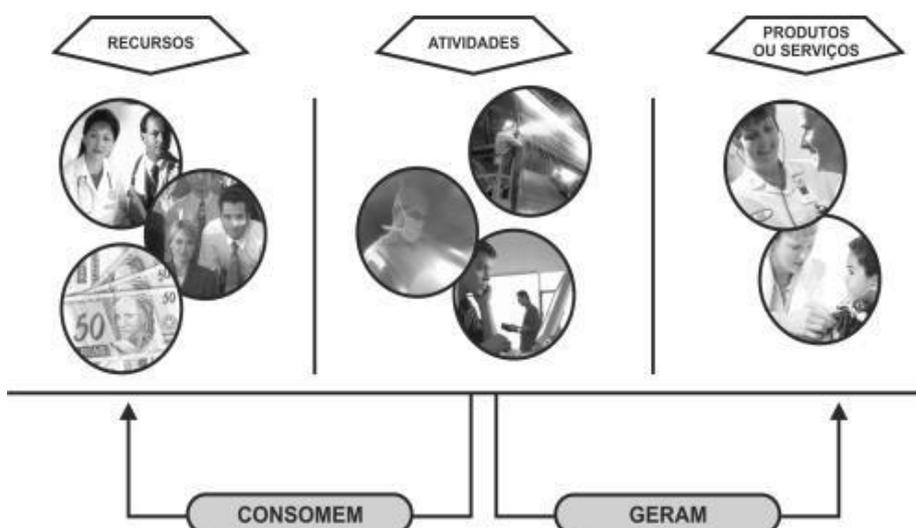
Os métodos mais usados habitualmente possuem a desvantagem de não

calcular o custo real de determinado produto ou serviço, já que considera apenas os gastos ativáveis e palpáveis, pois foram criados em épocas em que a matéria prima e a mão de obra eram os principais fatores de produção, bem diferente do atual cenário em que as instituições estão inseridas num universo que exige novas formas de informações financeiras e de gestão. Com isso, o ABC vem sendo muito utilizado, pois se fundamenta nos critérios de alocação dos custos indiretos, aproximando-se mais da realidade produtiva (ABRANTES; MARIOTO, 2008).

O ABC determina que as atividades utilizam recursos e os produtos consomem atividades. Assim, o consumo de recursos pode ser apropriado diretamente aos produtos por meio de medidas de saída, as quais devem ser definidas mediante identificação detalhada do consumo de recursos das atividades relevantes e das atividades que são requeridas pelos produtos. Esse sistema de apropriação dos custos aos objetos é conhecido por rastreamento e o resultado do processo é a adequada identificação do recurso consumido pelo produto obtido. Portanto, pode-se afirmar que os recursos decorrem das atividades e vinculam-se aos produtos (BRASIL, 2004).

De acordo com Nakagawa (2001), o custeio ABC tem sido muito utilizado por organizações hospitalares, buscando demonstrar os gastos, analisar e monitorar o percurso do consumo dos recursos por meio das atividades mais importantes e destas para os produtos. Ainda nesta perspectiva do Custeio Baseado em Atividade, Jericó (2008, apud MATOS, 2002) pressupõe que as atividades consomem os recursos e depois geram produtos ou serviços. A figura 1 ilustra este ponto de vista.

**Figura 1** – Perspectiva do custeio baseado em atividade.



Fonte: adaptado de Jericó (2008, apud Matos, 2002).

O método ABC ficou mais conhecido na década de 1980, em resposta à insatisfação aos métodos de custeio variável e total, os quais já não estavam mais atendendo as necessidades dos gestores (MEDEIROS; SANTANA; GUIMARÃES 2017, apud THYSSEN et al., 2006). Baseia-se nas atividades e permite o tratamento dos custos indiretos, por meio da identificação, análise e alocação dos custos aos processos de um determinado serviço, objetivando potencializar a gerência, proporcionando ao gestor uma melhor avaliação dos custos (MEGLIORINI, 2012).

A implementação do ABC, conforme Ching (2001), deve ser concebida por meio da aplicação de um modelo composto por quatro blocos. No primeiro bloco é realizado o levantamento das atividades, o cálculo do custo de cada uma e a determinação da medida de saída. O segundo bloco considera a identificação dos objetos de custos que requerem as atividades. No terceiro é feita a classificação das atividades agregadoras de valor, não agregadoras de valor e secundárias, sendo que esta última é definida como a que dá apoio às demais, independentemente de que sejam agregadoras de valor ou não, e que não sejam eliminadas. E no quarto bloco, é determinada a causa que originou cada atividade.

Diante do exposto faz-se necessário o conhecimento de alguns temas para evitar concepções equivocadas.

Destacando-se, assim, conforme quadro 3, a definição de conceitos para melhor entendimento.

**Quadro 3** – Definições de termos básicos para gestão de custos.

<b>CONCEITOS</b>	
<b>Atividades</b>	São tarefas necessárias para a realização de um processo.
<b>Custo</b>	Gasto relativo à bem ou serviço utilizado na produção de outro bem ou serviço. Refere-se aos valores atribuídos a cada recurso.
<b>Custos Diretos</b>	São os que estão diretamente associados ao objeto de custo e normalmente sob o controle direto do responsável do serviço.
<b>Custos Indiretos</b>	É o custo que não se pode apropriar diretamente a cada tipo de bem ou função de custo no momento de sua ocorrência. São apropriados aos portadores finais mediante o emprego de critérios pré-determinados e vinculados a causas correlacionadas.
<b>Custo Total</b>	É o somatório de todos os custos que participam na elaboração e/ou comercialização de um produto, o gasto total da empresa com os fatores de produção. Compõe-se de custos variáveis e custos fixos: $CT = CF + CV$ .
<b>Desembolso</b>	É o ato do pagamento resultante da aquisição de um bem ou Service.

<b>Despesa</b>	Bem ou serviço consumido direta ou indiretamente para obtenção de receitas, por exemplo, a comissão do vendedor de um produto.
<b>Direcionadores de custos</b>	É o fato que determina a maneira como os produtos vão consumir as atividades.
<b>Gasto</b>	Compra de um produto ou serviço qualquer, que gere sacrifício para instituição. É um conceito bastante amplo e que se aplica a todos os bens e serviços adquiridos.
<b>Investimento</b>	Gasto ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a futuro (s) período (s).
<b>Objeto de Custo</b>	É qualquer item que desejamos saber sobre o custo. Pode ser: Um procedimento, paciente específico, categoria de pacientes, serviço do hospital, departamento ou uma organização inteira.
<b>Processo</b>	Cadeia de atividades relacionadas entre si.
<b>Recursos</b>	Refere-se aos procedimentos aplicados e/ou avaliados.
<b>Tarefas</b>	Forma como se realiza a atividade. É o elemento mais simples da atividade.

Fonte: adaptado de MARTINS (2003, 2010), FALK (2001), SANTOS (2001), NAKAGAWA (1995) e MORAES et al (2006).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Para que haja um melhor entendimento científico sobre o conhecimento aplicado em pesquisas baseadas em custeio, é importante que exista uma descrição sistemática definindo o método ao qual se propõe na resolução dos problemas. O presente estudo trata-se de uma avaliação econômica parcial em que o método ABC é aplicado como forma de analisar o objeto de pesquisa. Apresenta-se com o perfil exploratório, descritivo, pois descreve as características de determinada população, fenômeno e/ou serviço, e com abordagem quantitativa.

A pesquisa é orientada pelos conhecimentos que foram incorporados ao método ABC frente ao atendimento das equipes dos Consultórios na Rua do município do Recife, no ano de 2016, com corroboração de autores que fundamentam a temática.

Para realização de estudos que utilizam o método de custeio baseado em absorção, é necessária a identificação e divisão das atividades em centros de custos: produtivo, apoio e administrativo e, posteriormente, estabelecer os critérios de rateio para aferição dos custos diretos e indiretos de cada centro.

Quanto ao procedimento técnico do estudo, este se configura como um estudo de caso baseado na investigação empírica. Yin (2005) retrata esse tipo de procedimento metodológico como um fenômeno contemporâneo que ocorre de uma forma real e em tempo oportuno de investigação. Assim, o Consultório na Rua é considerado uma unidade de ação que permite uma análise mais complexa e profunda.

Gil (2002) demonstra que estudos de casos realizados em tempo real devem ser uma forma exaustiva de analisar e detalhar o conhecimento nele aplicado, ou seja, a realidade do estudo possui riquezas de informações que exploram com mais dedicação à temática apontada.

### **4.2 Protocolo para realização do estudo de caso**

Para melhor compreensão do procedimento de pesquisa foi instituído um protocolo. Segundo Yin (2005), o protocolo permite a confiança do estudo de caso por meio do direcionamento e construção de um passo a passo, do planejamento e organização da pesquisa, assim sendo, o protocolo permite a descrição de cada

período da pesquisa e definição das atividades.

As etapas foram seguidas mediante o planejamento definido por Yin (2005), o qual apresenta um protocolo das etapas para realização do estudo, desde seu planejamento inicial até a formulação dos resultados. Para aplicação do ABC e considerando se tratar de um estudo de caso, foi construído o protocolo de atividades do estudo de caso referente à pesquisa em questão (Quadro 4).

**Quadro 4** – Protocolo de atividades seguidas durante a pesquisa. Recife, 2018.

<b>Etapa</b>	<b>Atividade</b>
Planejamento	Definição de cenário de pesquisa, revisão da literatura sobre a temática, coleta de dados e análise de dados.
Coleta de Dados	Identificar, descrever os processos, atividades principais e detalhamento em tarefas mediante análise documental. Coletar os dados necessários à aplicação do ABC. Elaborar um banco de dados.
Análise dos dados	Aplicação dos passos do ABC. Utilização de técnicas para análise de valor.
Conclusão	Apresentar conclusões sobre o ABC para o gerenciamento de custos sintetizando os dados e recomendações futuras.

Fonte: Adaptado de JERICÓ (2008).

### 4.3 Local do estudo

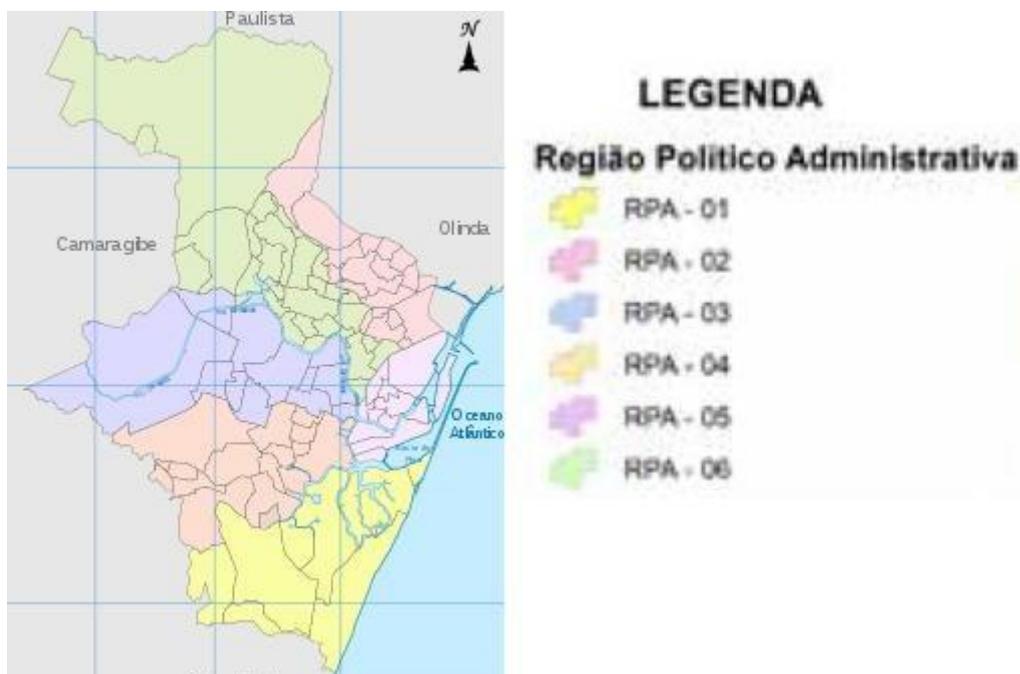
A escolha do cenário de realização da pesquisa teve como princípio orientador a avaliação de aspectos como: conhecimento prévio do território a ser investigado e o acesso às informações no ano de 2016.

O local do estudo é o município de Recife, Estado de Pernambuco, que possuía, até o ano de 2015, 0.06% de sua população em situação de rua, segundo levantamento realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos da Cidade do Recife. A capital pernambucana possui duas equipes de CnR (e-CnR) que por questões estratégicas, populacionais e de abrangência territorial foram organizadas para fornecerem coberturas a três Distritos Sanitários (DS).

Distrito sanitário engloba uma área geográfica, constituída por vários bairros de uma mesma região que comungam das referências naturais, culturais e características sociais e epidemiológicas semelhantes. Em sua composição, deve-se levar em consideração as relações de fluxo existentes, principalmente na área da saúde. A cidade do Recife está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) (Figura 2). Cada RPA corresponde a um DS, contudo o

setor saúde realizou, posteriormente, duas subdivisões em dois DS: o VI que se transformou em VI e VIII e o III em III e VII.

**Figura 2** – Mapa com as Regiões Político Administrativas (RPA) da Cidade do Recife.



Fonte: Adaptado de Recife (2014).

A e-CnR 1 atua no DS I, este DS foi escolhido, pois se observou que a PSR habitualmente se aglomera no centro da cidade devido à oferta de serviços tanto da saúde quanto da assistência social, das atividades comerciais, dos trabalhos informais, de organizações não governamentais e até mesmo da grande circulação de pessoas, o que favoreceria o tráfico de drogas e a mendicância.

A e-CnR 6/8 atua no DS VI/VIII e foi assim denominada porque realiza a cobertura no território do DS VI e VIII. O DS VI foi escolhido, inicialmente, devido à proximidade com a orla, aeroporto e seu ambiente turístico que são atrativos para PSR e o DS VIII por ter sido resultante de uma subdivisão do DS VI também foi incluso.

#### 4.4 Coleta de dados

A investigação das atividades realizadas pelos profissionais dos CnR foi feita por meio da análise observacional de campo – Técnica da Observação não-participativa – no período de abril a julho de 2018. Esta técnica é definida por Souza (2014) como a observação *in loco* do pesquisador aos informantes. Documentando-se o que acontece por meio das notas de campo. A partir de então, gerou-se um levantamento das atividades exercidas pelos funcionários.

Kitzinger (2000) refere que no estudo de caso, o processo de coleta é complexo. Sendo este apresentado na modalidade de análise documental, com a observação não participante do pesquisador, analisando os materiais selecionados e organizados, já definidos como objetivo de pesquisa.

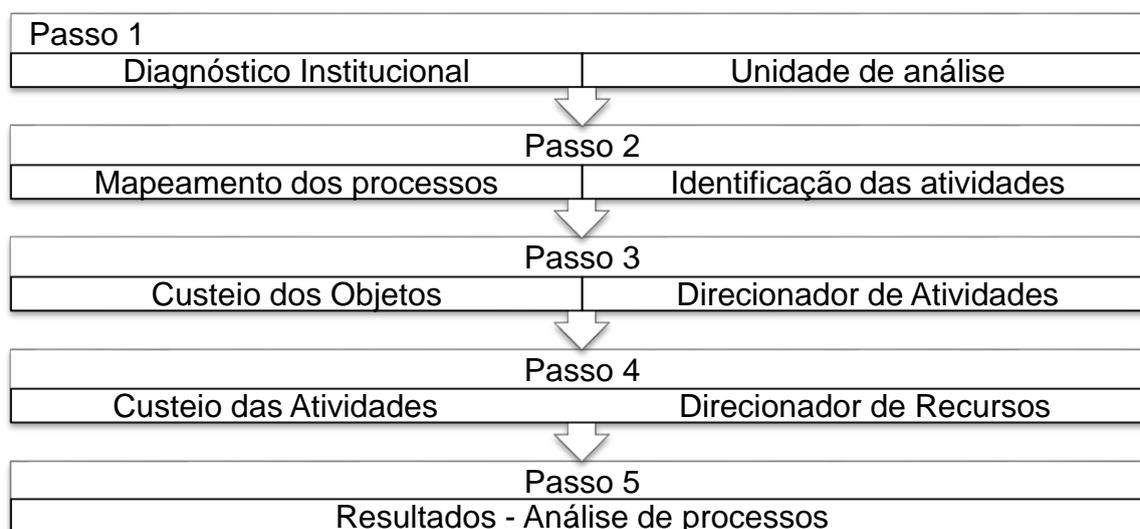
Após as consultas aos documentos fornecidos pelo gestor do CnR e pela Secretaria de Saúde/Gerência Financeira do município em estudo, foram estabelecidos os objetos/insumos utilizados e associados a seus valores unitários e, posteriormente, a seus valores anuais. Para subsidiar a discussão e melhorar a compreensão sobre o tema, buscou-se, portanto, fontes secundárias para aprofundamento e conhecimento explorados em livros, teses, dissertações, artigos representados por um referencial teórico.

#### **4.5 Tratamento dos dados**

Para a realização da análise de custos dos CnR inicialmente fora elencado a utilização do Método de Custeio por Absorção, uma vez que o mesmo é o mais utilizado pelas instituições e mais aceito. Porém, devido à própria estrutura do serviço, em que na equipe a quantidade de profissionais é reduzida e cada funcionário desempenha o seu papel sem a necessidade de muito recurso financeiro e tecnológico, optou-se pelo método de Custeio Baseado em Atividades (ABC).

Foi utilizado um modelo conceitual baseado nos passos definidos por Della Vechia (2001) no método ABC, que contempla: o diagnóstico da unidade analisada, mapeamento dos processos e identificação das atividades, custeio e direção de recursos, análise de processos. Para análise do Custeio Baseado em Atividades no Consultório na Rua foi seguido o modelo conceitual apresentado na figura 3.

**Figura 3** – Descrição das atividades metodológicas seguidas para definição do estudo/modelo conceitual de implantação do ABC.



Fonte: Adaptado de DELLA VECHIA (2001).

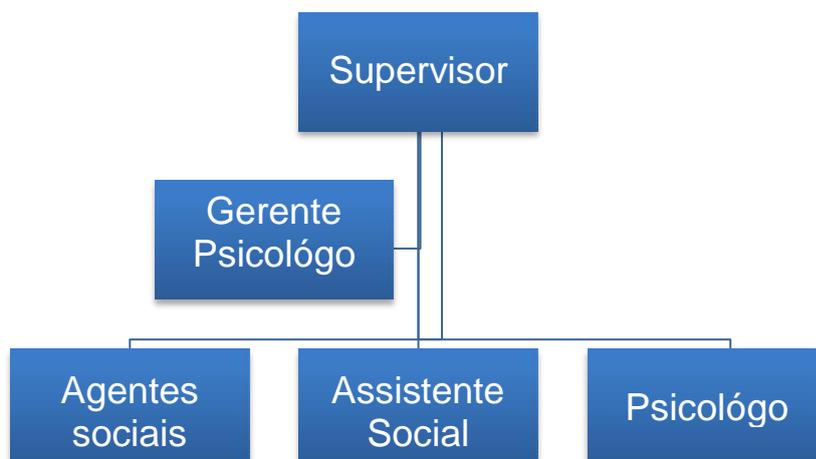
Para análise das informações geradas pelo método ABC, foi utilizada a triangulação das várias fontes, em que os dados foram obtidos por meio da observação e análise documental, as quais foram analisadas em conjunto.

Por conseguinte, o cálculo dos custos das atividades realizadas pelas e-CnR foi obtido pelo somatório dos valores dos custos dos profissionais do serviço e dos objetos de custos que estas atividades requeriam, de acordo com o tempo necessário para sua realização e quantidade de insumos empregados nas mesmas.

Ao mesmo tempo em que os dados foram coletados, um banco de dados foi construído utilizando-se o *Software Microsoft Office Excel®* versão 2016, constituindo-se em armazenamento de dados originais da pesquisa, sendo tratados com frequência, porcentagem, média e desvio padrão. A moeda utilizada para o cálculo dos custos foi à unidade monetária brasileira - *Real*.

#### **4.6 Passo 1 - Diagnóstico institucional e unidade de análise**

O primeiro passo desse estudo foi o mapeamento das áreas em que o Consultório na Rua realiza suas atividades, definidos em três localidades adscritas. Essa seção constitui-se na organização do Consultório na Rua, como demonstrado no organograma (Figura 4) e tem o objetivo de ampliar a compreensão sobre o sistema de custeio baseado em atividade, aplicado nesta pesquisa.

**Figura 4** – Organograma do Consultório na Rua. Recife/PE.

Fonte: Elaboração própria.

Estes profissionais que compõem a equipe do CnR possuem carga horária de 30 horas semanais, distribuídos em 6 turnos de 5 horas. Faz-se necessário destacar que o supervisor não compõe a equipe perante a portaria do MS, mas o município em estudo optou por incluir mais um profissional, para ocupar este cargo. No ano referente à pesquisa era uma psicóloga que exercia esta função.

São 4 profissionais de nível superior (2 psicólogos + 2 assistentes sociais) de cada e-CnR são de cargo efetivo, egressos do último concurso realizado no município em 2012. E 4 de nível médio (02 em cada e-CnR) são funcionários terceirizados, mas que também já atuavam na rede de atenção à saúde da cidade. Mais especificamente, na Saúde mental, nos Consultórios de Rua, e foram escolhidos devido aos seus respectivos perfis profissionais e suas experiências prévias com o público do serviço.

Recife possui dois Consultórios na Rua, que cobrem três distritos sanitários, com 485 pessoas vivendo em situação de rua, cadastradas no ano de 2016, sendo 323 pertencentes ao DS I e III aos DS VI/VIII (15 no VIII e 96 no VI). Para melhor visualizar as localidades atendidas, é importante observar o quadro 5.

**Quadro 5** – Distribuição de bairros de acordo com os Distritos Sanitário beneficiados pelos Consultórios na Rua.

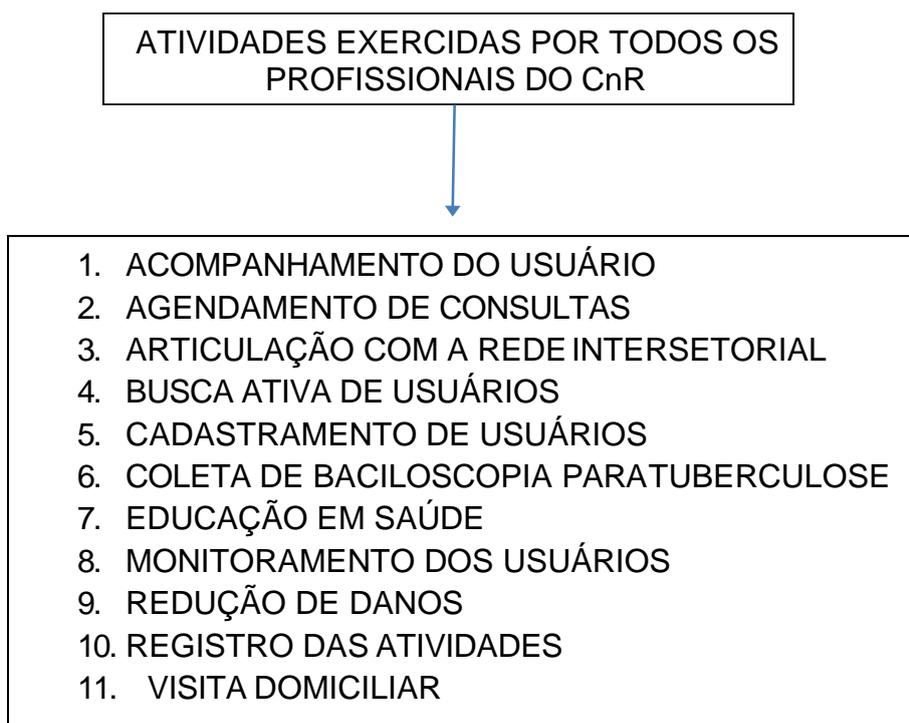
Distritos		
DS I	DSVI	DSVIII
Boa Vista	Boa Viagem	Cohab
Cabanga	Brasília Teimosa	Ibura
Coelhos	Imbiribeira	Jordão
Ilha do Leite	Ipsep	
Joana Bezerra	Pina	
Paissandu		
Recife		
São José		
Santo Antônio		
Soledade		

Fonte: Adaptado de RECIFE (2014).

#### 4.7 Passo 2 - Mapeamento dos processos/ Identificação das atividades

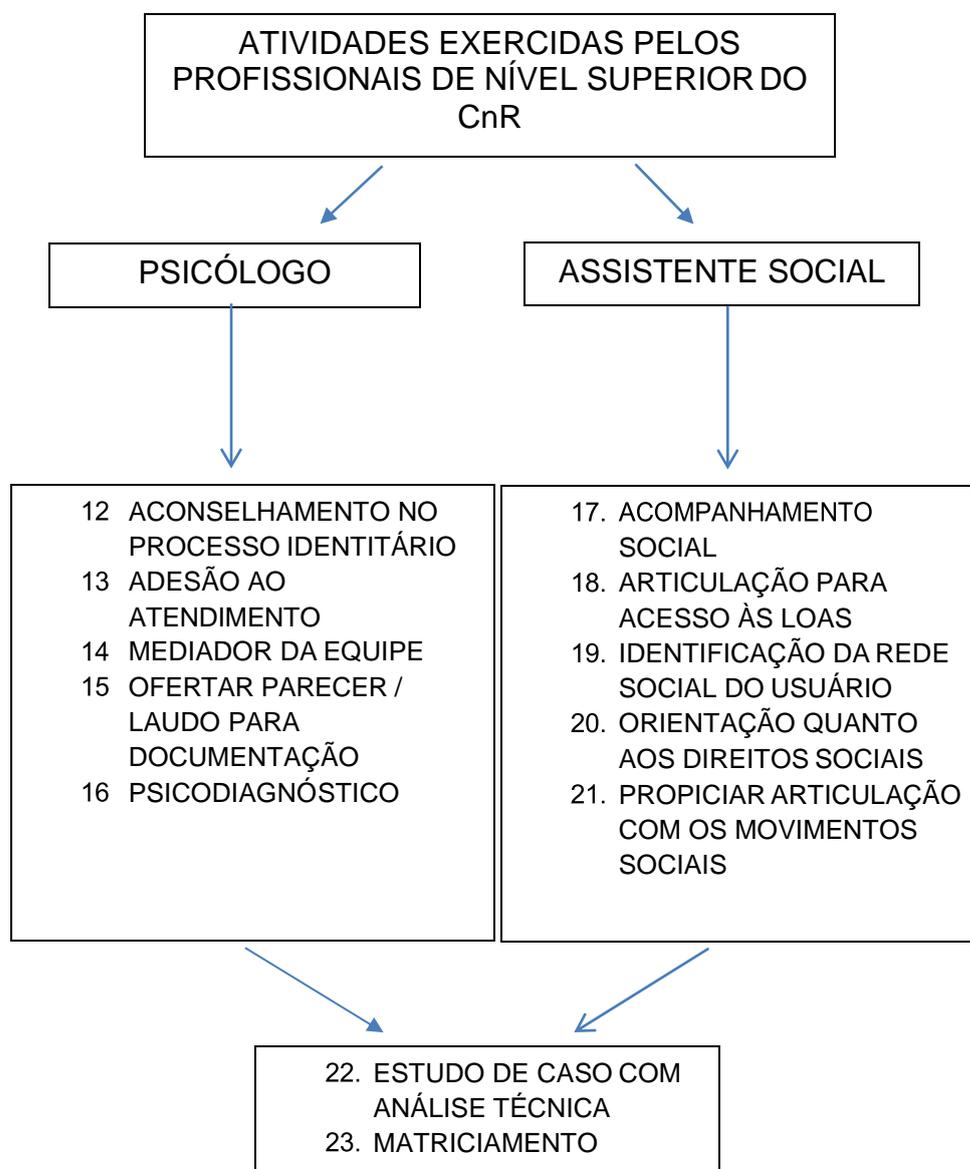
O mapeamento de processos identifica as atividades realizadas no ambiente e os profissionais envolvidos, descritos por meio de um fluxograma, o qual melhora a elucidação e visualização do sistema de trabalho desenvolvido (Figuras 5 e 6). A forma de atendimento é importante nesse contexto, pois permite questionar a sequência de atividades, a distribuição das equipes e o consumo de recursos, por exemplo.

**Figura 5** – Fluxograma das atividades desenvolvidas por todos os profissionais das e-CnR, Recife/PE, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

**Figura 6** – Fluxograma das atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível superior das e-CnR, Recife/PE, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

#### **4.8 Passo 3 - Custeio de objetos / Direccionador de atividades**

Toda a documentação revisada no estudo direciona-se à identificação e mensuração dos recursos consumidos, apropriando-os às atividades exercidas. Este procedimento estabelece uma relação entre os recursos e atividades por meio dos direccionadores de recursos e custos. Os insumos foram selecionados após análise de campo e seu valor foi estimado por meio de cotação em site de licitação, via internet, de acordo com o ano referido.

Para auxiliar na descrição das atividades, as mesmas foram distribuídas em ordem numérica (Figuras 5 e 6 – em resultados). Feito isso, foram organizadas de

acordo com as seguintes denominações: atividades realizadas, insumos utilizados, quantidade, valor unitário e valor total. Os insumos referidos dizem respeito à realização de uma atividade.

Não foi considerada a frequência com que a esta atividade foi realizada (dia, ano, semana ou mês), devido à escassez de registro por parte dos profissionais e em virtude das próprias características do serviço, da dinamicidade das ações, vulnerabilidade da população assistida e atenção integral e holística do indivíduo. Portanto, almejou-se estimar o custo de uma atividade, independente do fator tempo.

Assim, os cálculos dos insumos foram realizados multiplicando a quantidade utilizada por atividade, pelo valor unitário. Tomando como exemplo o insumo “caneta esferográfica”, em que uma unidade custa R\$ 0,70 (setenta centavos) e para o profissional usa apenas uma, o seu custo total será o mesmo do valor unitário. Para os insumos “diário de campo” e “livro de registro” foram feitas as divisões dos valores unitários pelas quantidades totais de folhas e, posteriormente, multiplicou-se pelas quantidades utilizadas em cada atividade.

Nos custos com o insumo transporte estão inclusos: salário do condutor, aluguel do veículo e combustível, que conforme informações repassadas pela Secretaria de Saúde/Gerência Financeira do município era de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), disponibilizados mensalmente para empresa terceirizada.

Empregou-se a quantidade de dias trabalhados no mês (20 dias) e este correspondeu ao dividendo por meio de uma equação matemática simples: o valor do insumo veículo (R\$ 10.000,00) dividido pela quantidade de dias trabalhados (20 dias).

Porém, há de se convir que seja necessário estabelecer um tempo estimado em que esse transporte circula, já que ele não passa todo o tempo em que os profissionais realizam as atividades em movimento. Assim, por meio da própria análise de campo, verificou-se que para o deslocamento da e-CnR 1 para o território do DS I, gasta-se em torno de 30 minutos no percurso de ida e volta, tomando como ponto de partida a base onde o veículo fica. Já para o território do DS VI/VIII, o deslocamento é maior, o que em tempo, foi estimado em 60 minutos.

Desta forma, foi estabelecido um valor médio para os dois DS em relação ao tempo utilizado para o insumo transporte, por meio de média aritmética simples, resultando em 45 minutos.

Para os insumos utilizados nas atividades 6 (caixa térmica, coletor de urina, fita adesiva, luvas de procedimento e transporte) e na 9 (água mineral, preservativo

masculino e o transporte) que, conforme observação, podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, estimou-se por meio de média aritmética uma quantidade de 5 usuários atendidos por atividade, e por conseguinte, o mesmo número de insumos foi utilizado para a realização do cálculo.

Para estabelecimento da média de 5 usuários nas atividades coletivas, adotou-se como critério a frequência de agrupamento da PSR, a qual costuma conviver, geralmente, em grupos de 5 a 10 pessoas. Este agrupamento se dá por questões de segurança nas ruas, mendicância, oportunidades de trabalho, vínculos afetivos, etc.

Após a descrição da equipe efetiva do CnR foi possível seguir com a tabela de custos de profissionais, apresentando-se a descrição dos direcionadores de recursos e custos das atividades.

#### **4.9 Passo 4 - Custeio das atividades/ Diretor de recurso**

O quadro 6 identifica os recursos utilizados de uma forma geral, agrupando o gasto com pessoas e com materiais. Destaca-se, portanto, o gasto por profissional, em que salários e encargos estão computados, assim como os descontos dos proventos. E, por material, compreende-se o recurso segundo o grupo de insumos descritos.

**Quadro 6** – Recursos identificados no cálculo do custo das atividades realizadas nos CnR. Recife, 2016.

Gasto com profissionais	Salários Encargos sociais Férias Décimo terceiro FGTS Benefícios Vale refeição
Gasto com materiais	Controle de qualidade Embalagem Equipamento de proteção individual Material de consumo Material de expediente

Fonte: Elaboração própria.

Para obtenção dos custos do profissional por atividade foi confeccionada uma tabela (Tabela 1) em que a primeira coluna demonstra os profissionais que realizam a atividade, em que da 1<sup>o</sup> à 11<sup>o</sup> são desempenhadas por todos os profissionais que

integram a equipe, enquanto da 12<sup>o</sup> à 23<sup>o</sup>, são realizadas exclusivamente pelos profissionais de nível superior. A segunda representa a atividade propriamente dita, a terceira, o tempo gasto para realizar a atividade, a quarta representa o custo do profissional para realizar a atividade, porém em minutos, e por fim, a última representa o valor total do profissional para realizar a atividade no tempo estabelecido.

Para obtenção dos resultados da tabela 1, foi utilizado o valor do salário mensal dos funcionários com o total de vantagens (décimo terceiro, férias, terço de férias). O cálculo baseou-se primeiro em identificar o valor do minuto trabalhado por cada profissional. Assim, para identificar o valor do custo do minuto dos profissionais de nível superior, realizou-se a seguinte equação: total do custo do profissional/mês de R\$ 3.846,40 (três mil oitocentos e quarenta e seis reais e quarenta centavos), dividido pela quantidade de dias trabalhados (20 dias), dividido pela quantidade de horas trabalhada por dia (6 horas), dividida pela quantidade de minutos que a hora possui (60 minutos), cuja equação está expressa na figura 7.

**Figura 7** – Método para cálculo dos custos por profissional dos CnR. Recife/PE.

$$\frac{\text{Total de custo mensal por profissional}}{\text{Qtd. de horas/dia}} = \frac{\text{Total de custo mensal por profissional}}{\text{Qtd. de minutos por hora}}$$

Fonte: Elaboração própria.

O mesmo cálculo foi efetuado para identificar o valor do profissional de nível médio. Contudo, de acordo com figura 5, há atividades que são realizadas tanto por profissional do nível médio, como por profissional do nível superior. Como o objetivo foi encontrar quanto à atividade custa quando é realizada, para as que são comuns a todos os profissionais, calculou-se a média dos valores encontrados em minutos de todas as categorias.

## 5 RESULTADOS

Assim, diante da explanação detalhada de como foram executados os cálculos dos custos com profissionais e insumos, na metodologia, pode-se obter os resultados. Estes foram expostos em quadros e tabelas de modo a facilitar a compreensão dos mesmos.

O quadro 7 foi elaborado evidenciando as atividades realizadas pelas e-CnR, em que foram descritos os insumos e suas quantidades utilizadas, os valores unitários e totais no ano de 2016. Do mesmo modo o quadro 8 exhibe o recurso repassado pela Secretaria de Saúde do município por e-CnR (modalidade Tipo I), distribuídos por categoria profissional, carga horária, vínculo empregatício e valores. Os quais serviram de base para construção dos resultados demonstrados nas tabelas 1 e 2.

**Quadro 7** – Atividades realizadas pelas e-CnR, insumos e quantidades utilizadas e valores unitários e totais em 2016, Recife/PE.

	ATIVIDADES REALIZADAS	INSUMOS UTILIZADOS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
NIVEL MÉDIO E NIVEL SUPERIOR	Todas as atividades	Caneta esferográfica	01	R\$ 0,70	R\$ 0,70
		Diário de Campo (Caderno pequeno tipo capa dura, 96 folhas)	03 folhas	R\$ 2,67	R\$ 0,083
		Livro de registro (tipo ata, capa dura, 200 folhas)	02 folhas	R\$ 17,00	R\$ 0,17
	5, 6, 8, 16, 17, 19, 21	Pasta plástica para prontuário (Tipo grampo)	01	R\$ 1,34	R\$ 1,34
	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23.	Transporte	01	R\$ 62,50	R\$ 62,50
	6	Caixa térmica 32 litros	01	R\$ 39,90	R\$ 39,90
		Coletor de urina estéril 80 ml (embalagem com 100 unid.)	05 unid.	R\$ 38,00	R\$ 1,90
		Etiqueta adesiva branca (24x12 mm - rolo com 1000 unid.)	05 unid.	R\$ 4,28	R\$ 0,021
		Luva de procedimento tipo látex (Caixa fechada com 1000 unid. tam. M	10 pares	R\$ 161,41	R\$ 1,61
	7	Cartolina (50 x 66 cm)	01	R\$ 1,00	R\$ 1,00
		Cola branca (110g)	01	R\$ 5,90	R\$ 5,90
		Folders	---	---	---
		Lápis de cor (caixa com 12 cores)	01	R\$ 1,89	R\$ 1,89
		Revistas	---	---	---
		Tesoura sem ponta	01	R\$ 0,90	R\$ 0,90
	9	Água Mineral (Caixa com 48 unid.)	05 unid.	R\$ 30,03	R\$ 3,13
		Preservativo Masculino (caixa com 100 unid.)	05 unid.	Repasse do Ministério da saúde	---

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro 8** – Recurso repassado pela Secretaria de Saúde do município por e-CnR modalidade Tipo I, distribuídos por categoria profissional, carga horária, vínculo empregatício e valores. Recife/PE.

Recurso real	Crédito/mês	Total de custo do profissional/mês
Nível Superior Psicólogo 30h *Concurso Público 2012	Salário base R\$ 2.364,28	R\$ 3.846,40
	Outras vantagens R\$ 855,96	
	13º R\$ 268,35	
	Férias + 1/3 de férias R\$ 357,80	
Nível Superior Assistente Social, 30h *Concurso Público 2012	Salário base R\$ 2.364,28	R\$ 3.846,40
	Outras vantagens R\$ 855,96	
	13º R\$ 268,35	
	Férias + 1/3 de férias R\$ 357,80	
Nível Médio Agente Social (Agente Redutor de Danos cedido pela Saúde Mental) *Contrato	Salário base R\$ 1.652,11	R\$ 2.829,31
	Outras vantagens R\$ 855,96	
	13º R\$ 209,00	
	Férias + 1/3 de férias R\$69,67	

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 1** – Relação de custo do profissional por atividade realizada no CnR. Recife/PE.

PROFISSIONAIS	ATIVIDADE	TEMPO DAS ATIVIDADES EM MINUTOS	VALOR POR ATIVIDADE	
			EM MINUTOS	TOTAL
COMUM	1- ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO	40	R\$ 0,48	R\$ 19,01
	2 - AGENDAMENTO DE CONSULTAS	30		R\$ 14,25
	3 - ARTICULAÇÃO COM A REDE INTERSETORIAL	30		R\$ 14,25
	4 - BUSCA ATIVA DE USUÁRIOS	60		R\$ 28,51
	5 - CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS	15		R\$ 7,13
	6 - COLETA DE BACILOSCOPIA PARA TUBERCULOSE	15		R\$ 7,13
	7 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE	40		R\$ 19,01
	8 - MONITORAMENTO DOS USUÁRIOS	30		R\$ 14,25
	9 - REDUÇÃO DE DANOS	40		R\$ 19,01
	10 - REGISTRO DAS ATIVIDADES	30		R\$ 14,25
	11 - TENSIONAMENTO DOS CASOS	30		R\$ 14,25
PSICOLOGO 120H/m	12 - ACONSELHAMENTO NO PROCESSO IDENTITÁRIO	60	R\$ 0,53	R\$ 31,80
	13 - ADESÃO AO ATENDIMENTO	30		R\$ 15,90
	14 - MEDIADOR DA EQUIPE	60		R\$ 31,80
	15 - OFERTA DE PARECER / LAUDO	30		R\$ 15,90
	16 - PSICODIAGNÓSTICO	60		R\$ 31,80
	22- ESTUDO DE CASO COM ANÁLISE TÉCNICA	60		R\$ 31,80
	23 - MATRICIAMENTO	60		R\$ 31,80
ASSISTENTE SOCIAL 120h/m	17 - ACOMPANHAMENTO SOCIAL	60	R\$ 0,53	R\$ 31,80
	18 - ARTICULAÇÃO PARA ACESSO AS LOAS	60		R\$ 31,80
	19 - IDENTIFICAÇÃO DA REDE SOCIAL DO USUÁRIO	30		R\$ 15,90
	20 - ORIENTAÇÃO QUANTO AOS DIREITOS SOCIAIS	60		R\$ 31,80
	21 - PROPICIAR ARTICULAÇÃO COM OS MOVIMENTOS SOCIAIS	30		R\$ 15,90
	22- ESTUDO DE CASO COM ANÁLISE TÉCNICA	60		R\$ 31,80
	23 - MATRICIAMENTO	60		R\$ 31,80

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 1, observa-se a relação dos custos dos profissionais de acordo com a atividade desempenhada, em determinado tempo. Ao passo que na tabela 2, verifica-se que para alcance dos valores do custo de cada atividade foi necessária à descrição da atividade na primeira coluna, na segunda o custo do profissional para realizar a atividade específica (Tabela 1), na terceira o custo dos insumos utilizados e na quarta, o custo total da atividade.

**Tabela 2 – Descrição de custos por profissional, insumos e custo total das atividades realizadas no CnR. Recife/PE.**

ATIVIDADES	CUSTO DO PROFISSIONAL	CUSTO DO INSUMO	CUSTO DA ATIVIDADE
1 - ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO	R\$ 19,01	R\$ 63,45	R\$ 82,46
2 - AGENDAMENTO DE CONSULTAS	R\$ 14,25	R\$ 63,45	R\$ 77,71
3 - ARTICULAÇÃO COM A REDE INTERSETORIAL	R\$ 14,25	R\$ 63,45	R\$ 77,71
4 - BUSCA ATIVA DE USUÁRIOS	R\$ 28,51	R\$ 63,45	R\$ 91,96
5 - CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS	R\$ 7,13	R\$ 64,79	R\$ 71,92
6 - COLETA DE BACILOSCOPIA PARA TUBERCULOSE	R\$ 7,13	R\$ 108,22	R\$ 115,35
7 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE	R\$ 19,01	R\$ 73,14	R\$ 92,15
8 - MONITORAMENTO DOS USUÁRIOS	R\$ 14,25	R\$ 64,79	R\$ 79,05
9 - REDUÇÃO DE DANOS	R\$ 19,01	R\$ 66,58	R\$ 85,59
10 - REGISTRO DAS ATIVIDADES	R\$ 14,25	R\$ 0,95	R\$ 15,21
11 - TENSIONAMENTO DOS CASOS	R\$ 14,25	R\$ 63,45	R\$ 77,71
12 - ACONSELHAMENTO NO PROCESSO IDENTITÁRIO	R\$ 31,80	R\$ 63,45	R\$ 95,25
13 - ADESAO AO ATENDIMENTO	R\$ 15,90	R\$ 63,45	R\$ 79,35
14 - MEDIADOR DA EQUIPE	R\$ 31,80	R\$ 0,95	R\$ 32,75
15 - OFERTAR PARECER / LAUDO PARA DOCUMENTAÇÃO	R\$ 15,90	R\$ 0,95	R\$ 16,85
16 - PSICODIAGNÓSTICO	R\$ 31,80	R\$ 64,79	R\$ 96,59
17 - ACOMPANHAMENTO SOCIAL	R\$ 31,80	R\$ 64,79	R\$ 96,59
18 - ARTICULAÇÃO PARA ACESSO AS LOAS	R\$ 31,80	R\$ 0,95	R\$ 32,75
19 - IDENTIFICAÇÃO DA REDE SOCIAL DO USUÁRIO	R\$ 15,90	R\$ 64,79	R\$ 80,69
20 - ORIENTAÇÃO QUANTO AOS DIREITOS SOCIAIS	R\$ 31,80	R\$ 63,45	R\$ 95,25
21 - PROPICIAR ARTICULAÇÃO COM OS MOVIMENTOS SOCIAIS	R\$ 15,90	R\$ 64,79	R\$ 80,69
22 - ESTUDO DE CASO COM ANÁLISE TÉCNICA	R\$ 31,80	R\$ 63,45	R\$ 95,25
23 - MATRICIAMENTO	R\$ 31,80	R\$ 63,45	R\$ 95,25

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se que a atividade realizada por todos os profissionais que apresenta o maior custo é a coleta de baciloscopia para tuberculose, no valor de R\$ 115,35 (cento e quinze reais e trinta e cinco centavos). A de menor custo diz respeito ao registro das atividades, no valor de R\$ 15,21 (quinze reais e vinte e um centavos).

Foi identificado o valor do insumo transporte por dia (R\$ 500,00) e posteriormente dividiu-se pela quantidade de horas e minutos trabalhados ao dia, chegando ao valor de R\$ 1,39 (um real e trinta e nove centavos) por minuto. Seguindo nessa mesma linha de raciocínio, o valor achado do insumo R\$ 1,39 (um real e trinta e nove) multiplicou-se ao tempo médio gasto (45 minutos), chegando ao valor final de R\$ 62,50 (sessenta e dois reais e cinquenta centavos), por atividade.

Para as atividades que são efetuadas de acordo com a categoria profissional, a de menor custo é a de ofertar parecer/ laudo para documentação, exercida pelo psicólogo, de R\$ 16, 85 (dezesesseis reais e oitenta e cinco centavos), e as de maior valor, foram as de psicodiagnóstico e acompanhamento social R\$ 96,59 (noventa e seis reais e cinquenta e nove centavos), exercidas pelo psicólogo e assistente social,

respectivamente.

## 6 DISCUSSÃO

Diante do caráter inédito da pesquisa e escassez de estudos associando a AB e análise de custos no CnR, foi realizada discussão pautando-se em trabalhos que empregaram o ABC na AB e com outros setores da saúde, tais como ambiente hospitalar.

Em um estudo no município de Recife- PE, em 2006, com 17 Equipes de Saúde da Família, em três distritos sanitários distintos, sobre avaliação de custos e consequências da assistência pré-natal, foi utilizado para apuração dos custos a técnica ABC. No respectivo estudo se empregou apenas os custos diretos (fixos e variáveis) envolvidos nas atividades, calculados mediante direcionadores específicos, tais como: consultas de pré-natal e número de gestantes. O mesmo foi dividido em dois grupos: um com pré-natal parcialmente implantado e outro com pré-natal implantado.

Constatou-se que os custos médios mensais com os profissionais nas ESF, proporcionais aos atendimentos do pré-natal, variaram de acordo com o DS, podendo chegar a R\$ 1.287,72 (um mil duzentos e oitenta e sete reais e setenta e dois centavos). Observou-se, também, que para o SUS, o custo médio do pré-natal por gestante variou de R\$ 150,46 (cento e cinquenta reais e quarenta e seis centavos) no primeiro grupo e R\$ 196,13 (cento e noventa e seis reais e treze centavos) no segundo grupo (VIDAL et al., 2011).

Tomando como a atividade do CnR que demanda maior custo, a coleta de baciloscopia para tuberculose, de R\$ 115,35 (cento e quinze reais e trinta e cinco centavos), percebe-se que o procedimento se mantém próximo do valor da atividade do estudo supracitado. Salientando que a coleta de baciloscopia para tuberculose não é uma atividade corriqueira e, na maioria das vezes, é realizada em grupos ou ações específicas para diagnóstico e controle da patologia, prestando, assim, assistência a mais de um usuário durante a sua execução. E esta é uma atividade que pode ou não ser exercida durante o mês, oscilando de acordo com a identificação de sintomáticos respiratórios e/ou para acompanhamento de pacientes já em tratamento.

O presente estudo confirmou que em serviços de saúde, as pesquisas de custo no país ainda podem ser consideradas recentes e a dificuldade para trabalhar avaliação econômica tem sido um desafio. Uma dissertação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2011, realizou uma revisão integrativa da literatura sobre aferição de custos em unidades básicas de saúde. Este evidenciou a produção científica de 1 ou 2 trabalhos sobre o tema por ano no país, o que é muito pouco diante das dimensões geográficas e da consolidação da ESF nos dias atuais. E demonstra quanto ainda há um desinteresse acadêmico sobre a temática (CASTRO, 2011).

Nesta pesquisa mencionada acima, a revisão foi feita por meio da análise de 10 artigos, em que 80% dos trabalhos avaliados utilizaram o método de custeio por absorção e 20% o ABC, confirmando como o método ABC ainda é pouco utilizado e abordado no âmbito da saúde, empresarial e acadêmico. Esta revisão identificou que entre os 10 trabalhos, os gastos com recursos humanos são responsáveis por 70% a 75%, assemelhando-se ao presente estudo, que evidenciou custos com profissionais de saúde de aproximadamente 69% do valor repassado pelo MS para manutenção das equipes.

Em outro estudo que analisou a implantação do método ABC em um município de pequeno porte, obteve-se um custo de R\$ 17, 97 (dezesete reais e noventa e sete centavos) para realização de cada procedimento do Programa de Imunização pertencente à cidade (MELLO, 2006).

Enquanto que no estudo com as e-CnR foi constatado que os custos por atividade variam, de acordo com tempo gasto para sua realização e o valor do insumo. A atividade 15 (ofertar parecer/laudo para documentação), por exemplo, possui custo de R\$ 16,85 (dezesesseis reais e oitenta e cinco centavos). Percebe-se, portanto, que os custos do estudo sobre o PNI, que também integra a AB, assemelham-se com os custos de uma das atividades do presente trabalho.

É sabido que a e-CnR desempenha diversas atividades, inclusive mais onerosas se comparadas a do PNI, mas vale destacar a peculiaridade do serviço, a sua característica primordial de mobilidade e a prestação da assistência à saúde onde o usuário esteja e deseja ser assistido. Para isso, o insumo veículo se torna imprescindível, servindo como um ponto de apoio à equipe e suporte para própria PSR, uma referência do serviço na rua e para além dela perante os demais equipamentos da rede de atenção à saúde e da assistência social. Consequente a

isto, os custos das atividades aumentam consideravelmente, mesmo as de baixa complexidade realizadas pelo CnR.

Em uma pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2006, que mensurou os custos de procedimentos médicos utilizando métodos de custeio híbridos: ABC e Unidade de Esforço de Produção (UEP), relacionados ao evento parto, identificou-se que o custo total de executar a atividade assistência anestésica, uma das que possuem maior custo, fica em R\$ 60,19 (sessenta reais e dezenove centavos).

E o cálculo do custo do profissional de nível médio por minuto trabalhado foi de R\$ 0,37 (trinta e sete centavos) e o de nível superior variou de acordo com cada especialidade, ficando em R\$ 0,62 (sessenta e dois centavos) para o obstetra e R\$ 0,50 (cinquenta centavos) para o enfermeiro (SILVA, 2006). Aproximando-se do estudo em pauta que comprovou o custo do profissional de nível médio por minuto trabalhado em R\$ 0,42 (quarenta e dois centavos) e R\$ 0,53 (cinquenta e três centavos) os de nível superior.

## 7 CONCLUSÃO

A construção da análise de custos dos CnR foi realizada na perspectiva de contribuir para a qualificação da gestão, favorecendo o investimento na capacitação e na tomada de decisão. Visa também, cumprir com o objetivo primordial de um Mestrado Profissional, que segundo Hortale et al. (2012), é a instrumentalização de indivíduos que possam fazer uso eficaz de ferramentas científicas em seus processos de trabalho.

Observou-se que a aplicação do método ABC no CnR permitiu a melhor compreensão do processo produtivo, a partir do momento em que foi realizado o mapeamento de 23 atividades. Com base na descrição das mesmas, o estudo revelou que a atividade que apresentou maior custo foi a de coleta de baciloscopia para tuberculose, totalizando R\$ 115,35 (cento e quinze reais e trinta e cinco centavos), representando 6,4% do custo total das atividades. Seguida de psicodiagnóstico e acompanhamento social que evidenciaram custo de R\$ 96,59 (noventa e seis reais e cinquenta e nove centavos), correspondendo a 5,4% do custo total das atividades.

Identificou-se o seguinte custo anual por profissional de uma e-CnR nível superior – R\$ 46.156,77 (quarenta e seis mil cento e cinquenta e seis reais e setenta e sete centavos) e nível médio – R\$ 35.949,00 (trinta e cinco mil novecentos e quarenta e nove), correspondendo a 69% do valor repassado pelo MS para manutenção das equipes.

Verificou-se, também, que o serviço tem como característica a baixa densidade tecnológica e matéria-prima que requer pouco dispêndio de recursos financeiros e que os custos são mais elevados para a realização das atividades que utilizam o insumo transporte, gerando um maior impacto nesse grupo.

O CnR atua pautado em diretrizes de acompanhamento longitudinal dos usuários, em que a equipe deve possuir a capacidade de acompanhá-los nos variados espaços pelos quais eles transitam. Com isso cada espaço e indivíduo estabelecem sua temporalidade, sob a perspectiva de clínica ampliada e escuta qualificada sem se restringir a uma doença específica, mas com assistência ao sujeito em sua totalidade e suas relações no território de vida (EQUIPE POP RUA; GRUPO DE ENATIVOS, 2014).

Sendo assim, não foi possível identificar o custo total do serviço, devido as suas especificidades, não sendo praticável o cálculo das frequências das atividades, visto

que estas variam conforme o tipo de atendimento e o indivíduo. Outro fator dificultoso foi a escassez de estudos associando o método de custeio escolhido com a AB e a ausência dos mesmos usando o Consultório na Rua como objeto de estudo.

Por meio do método de custeio escolhido, o presente estudo visa contribuir com o processo de avaliação e monitoramento dos valores necessários para realizar as atividades mais relevantes do CnR, estabelecendo parâmetros que subsidiarão a gestão na resolução de problemas e/ou deliberações, caso haja necessidade de alterações e na apreciação das ações, a fim de identificar se são satisfatórias ou não.

Os serviços precisam identificar o gasto na execução de suas atividades, o que significa verificar onde estão sendo consumidos os recursos. Assim, caracteriza a função mais relevante de uma atividade que é transformar os recursos consumidos em produtos ou serviços prestados (KAPLAN; COOPER, 1999; apud BARBOSA; RÊGO; REZENDE, 2008).

Reforçando esta ideia, Castro (2011) afirma que por meio deste tipo de análise das atividades, pode-se realizar o planejamento e o uso racional e eficaz dos recursos, em que o ABC relaciona custos com medidas de performance e resultados. Com os dados dos custos obtidos com este método, gestores tem condições de alcançar mais eficiência em suas organizações, servindo como um sistema que garante a qualidade continuamente.

É importante destacar que a avaliação de custos realizada neste estudo é inédita e poderá servir como fonte de dados para nortear futuras intervenções, além de incentivar as instituições de saúde a investirem nesta área.

Constata-se, portanto, a necessidade da realização de pesquisas voltadas para este tipo de abordagem e metodologia no âmbito da Atenção Básica, principalmente no que tange a esta população específica, visando estabelecer estratégias que contribuam no sentido de ampliar a produção científica a respeito do tema.

## REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 171f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. Disponível em: <[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?seq\\_uence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?seq_uence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 30 maio 2018.
- ABRANTES, F. M. G; MARIOTO, S. L. Métodos de Custeio Baseado em Atividade – ABC. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo/SP, v. 12, n. 16, 2008. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/rcger/article/viewFile/2645/2515>>. Acesso em: 06 jul. 2018.
- ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00196916.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- ALBUQUERQUE, M. A. L. **Avaliação da regularidade na alimentação do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em município de PE, de 2007 a 2012**. 2014. 40 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES). Universidade Federal de Pernambuco - Recife. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11551/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Maria%20Alice%20de%20Lima%20Albuquerque.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.
- ANDRADE, E. L. G. et al. **Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil – Perspectivas para estruturação de um centro nacional de informações**. Projeto Economia da Saúde – Ano II. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi-textos/docsonline/get.php?id=1592>>. Acesso em: 14 mar. 2018.
- 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, pp. 101- 105, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v37n2/v37n2a07.pdf>. Acesso em 13 maio 2018.
- ASSUNÇÃO, M. C. B. **Análise de custos de um serviço de práticas integrativas e complementares no município de João Pessoa – Paraíba**. 2016. 46 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES) - Universidade Federal de Pernambuco - Recife. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/18755/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MARCONE%20C%C3%89SAR.pdf>>. Acesso em: 02 abril 2018.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01003.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2018.
- BRASIL, Ministério da justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Módulo para Capacitação dos Profissionais do Projeto Consultório de Rua**.

Salvador, 2010, 90 p. Disponível em:  
<[http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo\\_profissionais.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2018.

BRASIL, S. A. S. Custeio baseado em atividades aplicado à prestação de serviços médicos de radiologia. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, n. 34, pp. 63-79, jan./abril 2004. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rcf/v15n34/v15n34a05.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto 7053/09 | Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. 2009. Disponível em <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/820826/decreto-7053-09>>. Acesso em: 10 jul. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleos de Economia da Saúde** - Orientações para implantação. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Gestão e Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. V. 1, 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a População em Situação de Rua**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 100 p.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop SUAS e População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011a. 116 p. Disponível em:<[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_centro\\_pop.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria 122/2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua, previstas pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b, que aprova a política Nacional de Atenção Básica. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_122\\_Consultorio\\_na\\_Rua.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_122_Consultorio_na_Rua.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. **Portaria 1238/2014**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades, previsto na portaria nº 1238, de 06 de junho de 2014. Disponível em:  
<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA\\_N\\_1238\\_2014.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_1238_2014.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CAMELO, M. **Além do que se vê**. Intérprete: Los Hermanos. BMG, 2003. 1 cd.

CARNEIRO, N. J.; NOGUEIRA, E. A.; LANFERINI, G. M.; ALI, D. A.; MARTINELLI, M. **População de rua: necessidades de saúde e organização de serviços**. São Paulo: Coordenação Nacional da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul; 1996.

CARVALHO NETO, M. R. **Avaliação dos custos da Unidade de Cuidados Integrals prof. Guilherme Abath, Recife/PE**. 2016. 48 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES) - Universidade Federal de Pernambuco - Recife. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/24462/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Manoel%20Raymundo%20de%20Carvalho%20Neto.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

CASTRO, P. S. **Aferição de custos em unidades básicas de saúde: Revisão integrativa da literatura**. 2011. 138 f. Dissertação. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-19082011-080754/pt-br.php>> Acesso em: 10 ago. 2018.

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

CHING, H. Y. Gestão baseada em custeio por atividades: ABM – **Activity Based Management**. São Paulo: Atlas; 1997.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de Recursos Financeiros**. Saúde e Cidadania, São Pulo, USP, v. 10, 1998. Disponível em: <[http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/332/1/saude\\_cidadania\\_volome10.pdf](http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/332/1/saude_cidadania_volome10.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

CREPALDI, S.A. **Curso básico de contabilidade de custos**. 4.ed., São Paulo: Atlas, 2009.

CUNHA et al., 2016. A percepção da população adscrita sobre a Equipe de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Pádua: Conhecimentos e potencialidades. **Revista Conhecendo Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2016.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 41, n. 2, pp. 135-142, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>>. Acesso em 10 abril 2018.

DELLA VECHIA, R. **Aplicação de uma metodologia de gestão e orçamentação fundamentada no custeio baseado em atividades em uma instituição de ensino a distância**. 2011. 201 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/79431/179204.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

EQUIPE POP RUA; GRUPO DE ENATIVOS. **Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado no POP RUA**. Universidade Federal Fluminense; Programa de Pós-graduação em Psicologia. 2014. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/Diretrizes-metodologias-e-dispositivos-do-cuidado-no-POP->

RUA.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2018.

FALK, J. A. **Gestão de Custos para Hospitais**. 2. Ed. São Paulo: Atlas S.A., 2001. 163 p.

FERRAZ, M. B. Economia da Saúde e Medicina. **Sinop Reumatol**, v. 4, p.98-102, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo:Atlas;2002. GHIRARDI, M.G.; LOPES, S.R.; BARROS, D.D.; GALVANI, D. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. **Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, SP. v. 9, n.18, pp. 601-610, Set/dez 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a14v9n18.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipersensibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, pp. 1497-1504, jul. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso em: 11 abril 2018.

HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B.; SOUZA, K. M.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Relação Teoria-Prática nos Cursos de Mestrado Acadêmico e Profissional na Área da Saúde Coletiva. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, pp. 857-878, set/dez 2017.

JERICÓ, M. C. **Aplicação do Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado**. São Paulo, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300028&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300028&lang=pt)>. Acesso em: 11 ago. 2018.

KITZINGER, J. **Focus groups with users and providers of health care**. In: POPE, C.; MAYS, N. *Qualitative research in health care*. 2nd ed. London: BMJ Books; 2000. p. 20-29.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, v. 18, n. 49, p. 251- 260, Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>>. Acesso em: 16 jul.2018.

LOPES, L. E. (Org). **Caderno de Atividades: Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas Equipes de Consultório na Rua**. 22. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 304 p.

MANKIW, N. G. *Introdução à Economia*. Tradução da 6ª edição Norte Americana. Cengage Learning, 2014.MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDEIROS, H. S; SANTANA, A. F. B.; GUIMARÃES, L. S. O uso dos métodos de custeio nas indústrias de manufatura enxuta: uma análise da literatura. **Revista Gestão & Produção**, São Carlos/SP, v. 24, n. 2, p. 395-406, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/2017nahead/0104-530X-gp-0104-530X2183-16.pdf>>.

Acesso em 22 jun. 2018.

MEGLIORINI, E. **Custos: análise e gestão**. São Paulo: Prentice Hall Brasil (Pearson). 2012.

MELLO, S. G. **Sistema de Custos na Administração Pública – Análise da Implantação do Método ABC em um Município de Pequeno Porte**. 2006. 130 f. Dissertação. Universidade de Federal de Itajubá – Minas Gerais. Disponível em: <<https://saturno.unifei.edu.br/bim/0030357.pdf>>. Acesso em: 27. jul. 2018.

MORAES, E; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. R.; FERRAZ, M. B. Conceitos introdutórios da economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 321-325, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2304.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 42, n. 116, pp. 11-24, jan./março de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

NAKAGAWA, M. **ABC: custeio baseado em atividades**. São Paulo: Atlas, 1995.

NOBRE, F. O. S. Análise estatística do efeito da crise financeira de 2007 no setor de veículos e transporte no Brasil. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5862/1/2012\\_dissert\\_fosnobre.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5862/1/2012_dissert_fosnobre.pdf)>. Acesso em 11 maio 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 6, pp. 1903-1913, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>>. Acesso em: 26 jun.2018.

PORTO, L.; BACKES, D. S.; DIFENBACH, G. D. F.; COSTERANO, R. G. S.; RANGEL, R. F.; LUCIO, D. B. M.; MARTINS, E. S. R. Viver saudável: significado para os moradores de rua do município de Santa Maria. **Revista de Enfermagem da UFSM – REUFSM**, v. 2, n. 1, p. 59-66, jan./abril de 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4413/3127>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. 2014. Disponível em: <[http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2015\\_revizado\\_menor.pdf](http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2015_revizado_menor.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

RAUPP, F. M.; CRISPIM, C. H.; ALMEIDA, E. S. 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, out-dez 2007.

REGONHA, E.; BAUNGARTNER, R. R.; SCARPI, M.J. Análise de custos para

clínicas oftalmológicas. **Revista Bras Oftalmol**, São Paulo, v. 75, n. 6, p. 461-469, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802016000600461&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802016000600461&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 27 jul. 2018.

RIBEIRO, F. A. **Custos como ferramenta de controle e tomada de decisões estratégicas em serviços de odontologia**. 2015. 125f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES) – Universidade Federal de Pernambuco.

ROCCHI, C. A. de. Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n.41, p.19-27, 1982.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 576-82, julho-agosto, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SANTANA, C. Consultórios *de* rua ou *na* rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população em situação de rua. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, pp. 1798-1800, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n8/1798-1799/pt>>. Acesso em: 25 jun. 2018

SANTOS, E. O. **Administração financeira da pequena e média empresa**. São Paulo: Atlas, 2001.

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

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de Cuidado e População em Situação de Rua: O caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 39, pp. 246-256, dezembro de 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165021>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

SIMÕES, T. R. B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, P. G. G. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, pp. 963-975, jul-set 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0963.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

SOUZA, C. **Observação Participativa e Não- Participativa**. Belém do Pará, 2014. 10slides, color. Disponível em:<<http://www.ufpa.br/cdesouza/teaching/methods/3-observation.pdf>> . Acesso em: 30 jun. 2018.

VIDAL, S. R.; SAMICO, I. C.; FRIAS, P. G.; HARTZ, Z. M. A. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, pp. 476-74, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000300004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 4 ago. 2018.

VIEIRA, M.A.; BEZERRA, E.M.; ROSA, C.M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.

XAVIER, I. A. L. N. **Análise de Custos da Clínica de Fonoaudiologia Professor Fábio Lessa** – um estudo de caso. 2016. 82 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES) - Universidade Federal de Pernambuco - Recife. Disponível em:

<[https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/17852/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O\\_FINAL\\_2016.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/17852/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_FINAL_2016.pdf)>. Acesso em: 16 abril 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE USOS DE DADOS PCR/SMS**

  
PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Lilian Coelho da Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Consultório na Rua, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Análise de custos dos consultórios na rua no município de Recife - Pernambuco"**, sendo orientada por **Adriana Falangola Benjamim Bezerra** e coorientação de **Camilla Maria Ferreira de Aquino**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

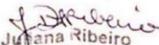
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 13 de novembro de 2017.

Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Dantas Torres Ribeiro  
Chefe de Divisão de Educação na  
Secretaria de Saúde do Recife  
CNPJ 10.565.000/0001-92

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 - Recife – Pernambuco  
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ 10.565.000/0001-92