**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELENY ROSA GUIMARÃES GONÇALVES

**CUSTO DO PRÉ-NATAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE
MARÍLIA: UM ESTUDO DE CASO**

SÃO PAULO

2012

ELENY ROSA GUIMARÃES GONÇALVES

**CUSTO DO PRÉ-NATAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE
MARÍLIA: UM ESTUDO DE CASO
(Versão Corrigida)**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Sayuri Tanaka Maeda

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gonçalves, Eleny Rosa Guimarães
Custo do pré-natal na política pública de Marília:
um estudo de caso / Eleny Rosa Guimarães Gonçalves. –
São Paulo, 2012.
145 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sayuri Tanaka Maeda

1. Gravidez 2. Cuidado pré-natal 3. Custos dos cuidados
de saúde 4. Sistema unificado de saúde I. Título.

Nome: Eleny Rosa Guimarães Gonçalves

Título: Custo de Pré-Natal na Política Pública de Marília: um estudo de caso

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A minha querida mãe Doroty, por ser meu porto seguro, exemplo de caráter, fibra e superação, e por estar sempre a meu lado, incentivando e apoiando-me.

A meu querido pai, por ter passado sua vida nas estradas a fim de proporcionar aos filhos condições de crescerem com uma vida digna, oportunizando o estudo e um lar firmado em Deus.

A meu querido irmão Esli (in memoriam) por ser meu exemplo de vida, meu exemplo profissional, e por toda falta que fez no decorrer da construção deste estudo. Saudade!!!!

A meus amores Ana Julia e Pedro Henrique, por todo tempo que roubei de nossa convivência, para que um sonho se tornasse realidade e a meu esposo pela cumplicidade e apoio nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me sustentado durante toda a caminhada, por ter me consolado e sustentado nos momentos de incertezas.

À Prof^a Dr^a Sayuri Tanaka Maeda, minha estimada orientadora, por seu constante empenho e dedicação, por seus ensinamentos e acima de tudo, por ter sido minha amiga e ter compreendido e lapidado minhas limitações.

À Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracollipor, por ter aceito participar como banca do Exame de Qualificação e por suas valiosas contribuições.

Ao Sr^o. Júlio Cezar Zorzetto, Secretário da Saúde do município de Marília pela autorização da pesquisa.

À Enfermeira Francine e toda a equipe da unidade USF Santa Paula, por sua receptividade e acolhida durante todo o período da coleta dos dados.

À Enfermeira Juliana e todos do Hospital Materno Infantil que contribuíram com tanta disponibilidade para o sucesso da coleta dos dados de minha pesquisa.

Ao estatístico Lucas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por suas valiosas contribuições estatísticas.

Ao querido irmão Odilon, que mesmo distante sei que torceu e orou por meu sucesso nesta e em todas as fases de minha vida.

Às minhas alunas de Iniciação Científica Vivian e Joseane por sua dedicação ao projeto e por terem disponibilizado muito de seu tempo as minhas solicitações.

À amiga Regina Ermel, por seus conselhos e cumplicidade durante todos os momentos desta caminhada.

Às colegas de trabalho, que sempre me apoiaram, incentivaram e oraram por mim a cada saída da cidade para as aulas em São Paulo.

EPÍGRAFE

“Entender a vontade de Deus nem sempre é fácil, mas crer que Ele está no comando e.....
tem um plano pra nossa vida faz
a caminhada valer a pena”.

Gonçalves ERG. Custo do pré-natal na política pública de Marília: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

RESUMO

O presente trabalho investigou os custos do programa de atenção pré-natal na perspectiva subsidiar as decisões dos gestores de saúde. **Objetivos:** estimar o custo unitário da atenção pré-natal USF pesquisada; evidenciar as atividades e os seus direcionadores de custo entre as atividades do cuidado pré-natal e discutir o custo unitário obtido entre a USF pesquisada e o preconizado pelo protocolo do MS. **Metodologia:** pesquisa de caráter retrospectivo e exploratório na forma de um estudo de caso. Foi utilizada em Marília – SP, em uma USF que atende 794 famílias de baixa renda, com 772 mulheres entre 15 e 49 anos. Como critérios de inclusão: todas as gestantes matriculadas no programa de pré-natal em de 2010; realização mínima de quatro consultas de pré-natal e uma de puerpério; sem restrição de idade. As fontes de informações foram: prontuário familiar e dados administrativos do Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), sendo usado o instrumento específico de coleta de dados clínicos por gestante. A valoração do trabalho dos profissionais foi baseada no montante bruto de salários reais, extraindo o valor correspondente à parcela de tempo dedicado aos cuidados por gestante. Os preços de medicamentos, vacinas e materiais de consumo e permanente foram obtidos por meio de documentos administrativos e os valores dos exames foram captados na Tabela SIA-SUS do DATASUS. Construiu-se um banco de dados e foram usadas planilhas eletrônicas do Programa EXCEL para o tratamento e análise de dados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e aprovado sob o nº de protocolo 1087/2011/CEP-EEUSP – SISNEP CAAE: 0111.0.196.196-11. **Resultados:** as gestantes foram agrupadas em G₁A (sem intercorrências), G₁B (com atendimento fora da USF), G₂ (hipertensas) e mais uma gestante que apresentava Trombofilia. A maioria das gestantes marcou o ingresso no programa no primeiro trimestre gestacional. Acessaram a uma média de nove consultas, o que conformou 11 horas de atenção dos profissionais durante o ciclo. O custo unitário geral do G₁A foi de R\$471,09, do G₁B foi de R\$702,61 e do

G₂ foi de R\$ 786,61. O ensaio de custo considerando a recomendação integral do MS foi de R\$ 512,35. Para o G_{1A}, G_{1B}, G₂ e a estimativa do MS, o maior gasto incidu nos recursos humanos; e para a gestante portadora de Trombofilia, o maior gasto incidu nos medicamentos. **Conclusão:** O custo unitário variou de acordo com o grupo observado, a depender das necessidades de cada gestante e como resposta do serviço, o modo de organização do trabalho dos profissionais repercutiu no custo final. A VD e consultas de enfermagem demandaram mais tempo, porém não se configuraram em maiores fatores de custos, se comparada à consulta médica. O custo unitário do G_{1A} e a projeção de custo conforme as recomendações do MS, resultaram em valores aproximados. O programa de pré-natal na realidade prática apontou algumas sobreposições de trabalhos a exemplo dos exames laboratoriais na USF e no HMI. Acredita-se, porém, que tende a conformar-se em atendimento integrado, quando se constata mobilização de meios de transporte visando a articulação entre instituições de diferentes níveis, a fim de favorecer o acesso das gestantes aos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado pré-natal; Custo e análise de custo; Saúde da família; Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde da mulher.

Gonçalves ERG. **Cost of prenatal care in public policy in Marília: a case study [dissertation]**. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2006.

ABSTRACT

The present study investigated the costs of the prenatal care program from the perspective of supporting the decisions of health managers. Objectives: to estimate the unitary cost of prenatal care in the researched USF; to highlight activities and their cost drivers among the activities of prenatal care and to discuss the unitary cost obtained between the researched USF and the cost recommended by the MS protocol. **Methods:** retrospective exploratory survey in the format of a case study. The research site was Marília – SP, in a USF serving 794 low-income families, with 772 women aged 15 to 49 years old. Inclusion criteria were: all pregnant women enrolled in the prenatal program in 2010; holding at least four prenatal visits and one puerperium visit; without age restriction. Information sources were: family medical records and administrative data from “Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A specific tool was used for collecting clinical data about pregnant women. To evaluate the work of professionals the base was from the gross amount of real salaries, extracting the value corresponding to the time devoted to the care of pregnant women. The prices of medicines, vaccines and consume and permanent materials were obtained from administrative documents and the values of the tests were captured in the SIA-SUS Table of DATASUS. It was built a database and electronic spreadsheets were used in EXCEL program for the treatment and analysis of data. The project was submitted to the Ethics Committee in Research of the USP Nursing School and it was approved under protocol number 1087/2011/CEP-EEUSP – SISNEP CAAE: 0111.0.196.196-11. **Results:** pregnant women were grouped in G1A (uneventful), G1B (with care outside USF), G2 (hypertension) and another pregnant woman that presented Thrombophilia. Most pregnant women marked the entry into the program in the first gestational trimester. They had an average of nine visits, which corresponded to 11 hours of professional attention during the cycle. The unitary costs were the following: G1A = R\$471.09, G1B = R\$702.61 and G2 = R\$786.61. The test cost considering the full recommendation of MS was R\$512.35. For G1A, G1B, G2 and the estimation of MS

the higher cost was related to human resources; while for the pregnant woman with thrombophilia, the higher cost was related to medicines. **Conclusion:** The unitary cost varied according to the observed group, depending on the needs of each pregnant woman and as a response of the service, the organization of the professionals' work was reflected on the final cost. It has been shown that VD and nursing consultations demanded more time, but they were not the largest cost factors when compared to medical consultation. The unitary cost of G1A and the projected cost according to MS recommendations resulted in approximate values. In the practical reality, the prenatal program showed some overlap of work as, for instance, laboratorial exams at USF and at HMI. It is believed, however, that it tends to settle in integrated care when one sees the mobilization of transportation means aimed at different levels in order to facilitate the access of pregnant women to services.

KEYWORDS: Prenatal care; Cost and cost analysis; Family health; Unique Health System (SUS); Women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Mapa do município de Marília – SP com a distribuição das UBS tradicionais e USF. 45
- Figura 2** - Organização do atendimento à gestante, na atenção pré-natal, no serviço de saúde no município de Marília – SP. 72
- Figura 3** - Agrupamento das gestantes por necessidades para a análise de custo. 74

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição em ordem decrescente do tempo médio por atividade do protocolo pré-natal. Marília – SP, 2012. 53
- Gráfico 2** - Distribuição das gestantes segundo número de gestações. Marília – SP, 2010. 70
- Gráfico 3** - Distribuição de gestantes de acordo com a idade gestacional e o período de ingresso no programa pré-natal. Marília – SP, 2012. 71
- Gráfico 4** - Distribuição do número de consultas por gestante ao longo do monitoramento pré-natal Marília – SP, 2012. 73
- Gráfico 5** - Estimativa de custo de exames laboratoriais e de imagem por trimestre gestacional dos G₁A, G₁B e G₂. USF Belas Flores, Marília- SP 2012. 82
- Gráfico 6** - Estimativa de custo de medicamentos por trimestres dos G₁A, G₁B e G₂ USF Belas Flores e HMI, Marília- SP, (2012). 85
- Gráfico 7** - Estimativa de custo da atenção pré-natal por trimestre gestacional e puerpério, dos grupos G₁A, G₁B e G₂. USF Belas Flores. Município de Marília – São Paulo, (2012). 90
- Gráfico 8** - Estimativa de custo da atenção pré-natal por grupos, segundo as condições gestacionais. Unidade de Saúde Belas Flores. Município de Marília – SP 2012. 94
- Gráfico 9** - Distribuição do tempo unitário em minuto por atividades conforme o protocolo de pré-natal, em ordem decrescente. UBS Belas Flores. Marília, SP, (2012). 98
- Gráfico 10** - Distribuição de gestantes investigadas por faixa-etária. Marília – SP,(2012) 141
- Gráfico 11** - Distribuição das gestantes de acordo com a realização de exame de colpocitologia oncótica. Marília – SP, (2012). 142
- Gráfico 12** - Tempo dedicado às gestantes pela equipe de Saúde da Família e equipe administrativa. Marília – SP, 2012. 143
- Gráfico 13** - Distribuição do número de consultas de pré-natal por grupo de frequências. USF Belas Flores, Marília – SP, 2012. 144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos salários dos profissionais que compõem a equipe da USF Belas Flores e calculo para demonstração de salário valor/minuto. Marília – SP, 2012.	48
Tabela 2 - Volume de atividades realizadas por categoria de ações e procedimentos às gestantes dos G ₁ A, G ₁ B e G ₂ . USF Belas Flores, Marília – SP, (2012).	76
Tabela 3 - Tempo total investido por categoria de ações e procedimentos às gestantes dos G ₁ A, G ₁ B e G ₂ . USF Belas Flores, Marília – SP, 2012.	77
Tabela 4 - Estimativa de custo do trabalho dos profissionais por categoria de ações e procedimentos às gestantes dos G ₁ A, G ₁ B e G ₂ . Marília-SP, (2012).	78
Tabela 5 - Estimativa de gasto <i>per capita</i> gestante decorrente do encaminhamento ao HMI. Marília – SP, (2012).	79
Tabela 6 - Apresentação do custo total de medicamentos por grupo de especificidade. Marília – SP. (2012).	87
Tabela 7 - Apresentação do custo referente a consumo de material. Marília – SP, (2012).	89
Tabela 8 - Custo relacionado à infraestrutura conforme o uso das gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal na USF Belas Flores. Marília – SP, (2012).	89
Tabela 9 - Apresentação da estimativa de custo do pré-natal de baixo risco, por perfil estabelecido entre as gestantes. Marília – SP	92
Tabela 10 - Custo unitário do pré-natal por G ₁ A, G ₁ B e G ₂ . Marília – SP, 2012	95
Tabela 11 - Estimativa de custo do pré-natal da gestante portadora de Trombofilia segundo atendimento nas instâncias da UBS e HMI. Marília, 2012.	97
Tabela 12 - Estimativa de custo unitário do pré-natal da gestante portadora de trombofilia Marília – SP, (2012).	97
Tabela 13 - Estimativa de custo dos medicamentos preconizados por trimestre gestacional pelo protocolo do MS no período gestacional. Marília – SP, (2012).	101

Tabela 14 - Custo das atividades conforme preconizado pelo MS. Marília. SP, (2012).	101
Tabela 15 - Custo unitário do pré-natal por G ₁ A, G ₁ B e MS. Marília – SP, 2012.	102
Tabela 16 - Apresentação de preços unitários de medicamentos utilizados pelas gestantes estudadas na USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.	138
Tabela 17 - Apresentação de preços unitários de imunobiológicos utilizados pelas gestantes estudadas na USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.	138
Tabela 18 - Apresentação de preços unitários de exames recomendados pelo protocolo do MS da saúde e utilizados pelas gestantes estudadas na USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.	139
Tabela 19 - Salários dos profissionais que compõem a equipe da USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.	140
Tabela 20 - Salários dos profissionais que compõem a equipe da USF Belas Flores e cálculo para demonstração de salário/minuto. Marília – SP, (2012).	140

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
G1A	Grupo 1A
G1B	Grupo 1B
G2	Grupo 2
g	gestante
HC	Hospital de Clínicas
HMI	Hospital Materno Infantil
IGP-DI	Índice Geral de Preço – Disponibilidade Interna
IST	Índice de Serviço de Telecomunicações
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PCCN	Programa de Combate às Carências Nutricionais
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
QID	Quadrante Inferior Direito
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
1.1	Assistência Pré-Natal	22
1.2	Financiamento e Custos de Serviços de Saúde	24
1.2.1	Financiamento da Atenção Básica.....	24
1.2.2	Conceito de custo e custo de oportunidade	27
1.2.2.1	Custo de oportunidade.....	28
1.2.3	Acesso e acessibilidade.....	29
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	31
3	PROBLEMA DE PESQUISA.....	35
4	OBJETIVO.....	38
4.1	Objetivo geral.....	38
4.2	Objetivos específicos.....	38
5	METODOLOGIA.....	39
5.1	Local do estudo	40
5.2	A Unidade de Saúde da Família.....	43
5.3	População e período de estudo	45
5.4	Fonte de informações e coleta de dados.....	46
5.4.1	Qualidade dos registros nos prontuários	49
5.4.2	Construção da estimativa de custos de produção.....	50
5.4.3	Estimativa do custo do trabalho dos profissionais	51
5.4.3.1	Apuração e apresentação do tempo encontrado	52
5.5	Instrumento de Coleta de Dados	54
5.5.1	Grupo de atividades do pré-natal conforme o protocolo municipal: 54	
5.5.1.1	Tratamento e análise dos dados.....	60
5.5.1.2	Apuração e apresentação do custo estimado de serviços	60
5.5.2	Estimativa de custo do pré-natal segundo as recomendações do MS.64	
5.5.3	Apresentação dos resultados	65

5.6	Procedimentos éticos.....	66
6	RESULTADOS	68
6.1	Perfis das gestantes e alguns indicadores de acesso ao serviço	69
6.2	Acesso ao serviço	70
6.3	Estimativa de custos diretos e indiretos	74
6.3.1	Custos diretos.....	74
6.3.2	Custos indiretos	74
6.3.3	Custo com pessoal técnico-administrativo	75
6.3.4	Estimativa de custo de exames laboratoriais e de imagem.....	81
6.3.5	Estimativa de custo dos medicamentos	85
6.3.6	Estimativa de custo dos imunobiológicos.....	88
6.3.7	Custo Administrativo	88
6.3.8	Custo Indireto.....	89
6.4	Estimativa de custo do pré-natal realizado pela gestante portadora de trombofilia	96
6.5	Projeção de custos, conforme o programa de atenção pré-natal do MS	97
7	DISCUSSÃO.....	104
8	CONCLUSÃO	114
	REFERÊNCIAS	117
	ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	124
	APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO.....	125
	APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DO TEMPO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PRÉ-NATAL.....	131
	APÊNDICE 3 - OFÍCIO.....	132
	APÊNDICE 4 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O GERENTE DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	134

APÊNDICE 5 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA SR SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA	136
APÊNDICE 6 - TABELA DE CUSTO DE MEDICAMENTOS, EXAMES E IMUNOBIOLOGICOS.	138
APÊNDICE 7 - COMPLEMENTAÇÃO DE DADOS DE RESULTADO	141
GLOSSÁRIO DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS	145

1 INTRODUÇÃO

1.1 Assistência Pré-Natal

Na revisão histórica da atenção à saúde da mulher no Brasil, verifica-se que inúmeras ações estão voltadas à redução das altas taxas de morbidade e mortalidade materna. O governo brasileiro posicionou-se diante desses fatos, após meados de 1970 e em 1980, quando introduziu uma nova agenda, criando o Programa de Assistência Integral a Mulher - PAISM.

A Secretaria da Assistência da Saúde e a Secretaria Executiva da Área Técnica da Saúde da Mulher lançaram um plano em três etapas: estímulo financeiro ao parto normal, incentivo à formação de enfermeiros obstetras e humanização do atendimento pré-natal e do parto com o objetivo de aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, com base nas iguais oportunidade de acesso e uso dos serviços de saúde^{1, 2, 3}.

Em 2000 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), visando a reduzir o índice de morbidade e mortalidade materna e perinatal, além da ampliação da taxa de cobertura do pré-natal⁴, que incluiu tomar como referência os parâmetros estabelecidos para contínua avaliação e garantir ações que favoreçam a gestação saudável nos aspectos biológico e social⁵.

Os cinco subprogramas: pré-natal, DST Aids, climatério, prevenção do câncer ginecológico e de mama, planejamento familiar, preconizados pelo MS propiciam o acesso à assistência adequada às mulheres. A expectativa é criar espaços

para construção de projetos de vigilância à saúde, diagnóstico precoce, tratamento adequado, com ênfase aos investimentos em atividades educativas⁶.

Quanto à adesão das mulheres ao programa pré-natal, entre 1995 e 2000, houve um crescimento expressivo do número de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes, visto que em 1995 esse índice era de uma consulta, passando para quatro consultas em 2000.

Entretanto, as disparidades regionais persistem: na Região Nordeste, o incremento foi de 0,5 consultas, passando para 2,5 consultas, na Região Sudeste a elevação foi de 1,0 consulta, passando para 5,5 a 6,0 consultas². É possível identificar uma associação significativa entre os índices de mortalidade perinatal e o número de consultas de pré-natal realizadas^{7,8}.

Ressalta-se que a qualidade do programa provém de uma rede de serviços organizada para proporcionar atenção obstétrica e neonatal, apoiada nos mecanismos de referência e contrarreferência⁹. O programa objetiva além da vinculação entre as unidades que prestam atenção pré-natal e as maternidades/hospitais onde ocorrerão os partos, garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários.

O pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que visam a promover à saúde da gestante e do conceito. A Atenção Básica deve favorecer a captação precoce de gestantes na comunidade, garantindo atendimento a todas as gestantes, parturientes e recém-nascidos que busquem pelo serviço de saúde sempre que for necessário, bem como a realização de exames complementares, o atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais, a atenção no puerpério à mulher e ao recém-nascido⁹.

O Programa de atenção Pré-Natal esteve sob permanente vigilância e avaliação técnica pelos profissionais responsáveis, que resultou hoje, em mais uma

reformulação para a dimensão de atendimento em rede, denominada Rede Cegonha, formalizada pelo governo federal em março de 2008¹⁰. A nova estratégia foi projetada para o contexto de regionalização em saúde que caminha sob a concepção de gestão integral de sistema de atenção à saúde. Necessariamente envolve o processo da integração dos recursos institucionais públicos e privados, onera compromissos políticos, financeiros e técnicos das três esferas governamentais ¹¹.

O município de Marília, palco deste estudo, é referência regional de saúde, portanto, encontra-se em franco desenvolvimento no Sistema Integrado de Saúde, voltado para atenção às condições agudas e crônicas, dispondo de ações de promoção e proteção da saúde, exigindo, assim, conformação de uma Rede de Atenção à Saúde¹².

1.2 Financiamento e Custos de Serviços de Saúde

1.2.1 Financiamento da Atenção Básica

A necessidade de buscar investimentos, a formulação de orçamentos e o cálculo do custo das ações de saúde são preocupações constantes entre os responsáveis pela gestão do sistema e dos serviços de saúde, em decorrência da escassez dos recursos públicos.

A descentralização político-administrativa da gestão dos serviços de saúde às esferas estaduais e municipais, constituiu-se em importante balizamento que sustentou as diretrizes das mudanças operacionais, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange ao financiamento do SUS, sobretudo em relação à

Atenção Básica, vale destacar que houve forte indução do governo federal nos mecanismos de transferências de recursos, o que acabou regulando a dimensão assistencial em nível local^{1,2}.

A política de fomento à Atenção Básica evidenciou-se com base nas Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB), notadamente, a de 01/1996, que inauguraram as transferências regulares e automáticas de recursos financeiros, fato novo nos municípios, permitindo a consolidação da atenção de primeiro nível do sistema. O fluxo desses recursos direcionados ao setor saúde foi relevante para o governo federal disciplinar as transferências de recursos e regular a dimensão assistencial.

Entre as inovações presentes na nova regra de financiamento, a Atenção Básica passou a constituir um dos blocos de financiamento do SUS (Portaria Nº 399/GM de 22/02/06). No interior desse bloco, foi mantido o Piso da Atenção Básica (PAB), discriminando-se em duas partes: fixa e variável. O PAB fixo gera para cada município recurso calculado com base em um valor *per capita* anual, multiplicado pelo número de habitantes. A outra parte dos recursos provém do chamado PAB variável, estímulo financeiro que advém da implementação de programas como a ESF, o Programa de Agentes Comunitários (PACS), o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), dentre outros.

Os municípios passaram a receber incentivos por meio dessa política alocativa de recursos, mais precisamente, inaugurada pela NOB/96 e continuada pelo Bloco de Atenção Básica, no Pacto de Saúde, de 2006, quando foram adotadas linhas de financiamento para o custeio das ações e serviços classificados pelo Piso de Atenção Básica (PAB)^{9, 10, 13, 14, 15}.

A implementação da ESF marcou a esfera municipal, como um fator propulsor para a expansão da Atenção Básica. A experiência de Saúde da Família¹⁷,¹⁸ é considerada uma das mais exitosas nas últimas décadas, especialmente, pelas mudanças no modo de produção de cuidados à saúde e no processo de trabalho assistencial. Dentre os diversos atributos positivos da ESF, destaca-se o impacto na formação de profissionais médicos e enfermeiras generalistas, ou seja, novos perfis profissionais voltados a esse nível de atenção, mais aptos para o trabalho em equipe.

O programa de atenção pré-natal sempre considerado uma prioridade na saúde e o atual direcionamento da Atenção Básica, desde o lançamento do Pacto de Saúde, em 2006, não modificam essa orientação. É oportuno esclarecer que uma das responsabilidades das equipes da ESF é o planejamento e a avaliação das ações do programa de atenção pré-natal, voltadas à população de abrangência das unidades de Saúde da Família.

No processo de transformação, verificaram-se novos sujeitos, bem como diversas organizações sociais assumiram a gestão dos recursos públicos, como entes privados a partilhar legalmente a responsabilidade de implementar a política do SUS. No plano econômico, os recursos públicos são reconhecidamente escassos e as demandas do Sistema de Saúde pautadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade indicam a tendência de expansão dos ingressantes e da cobertura.

Na prática o programa de atenção pré-natal em tela operacionaliza todas as recomendações dos protocolos da Atenção Básica, exige competência e investimento de horas profissionais, diante dos indicadores de avaliação propostos para mensurar sua eficácia e efetividade.

Na gestão de custos em saúde a principal lógica é partilhar a responsabilidade pelos gastos com todos os integrantes da equipe de trabalho, não

mais centralizada como problema do gerente. Os dispêndios de materiais, tempo dos profissionais, utilização das diversas tecnologias, estratégias gerenciais e educativas que determinam a formação de custos nos serviços de saúde, acontecem exatamente nos processos decisórios envolvidos na realização das atividades finalísticas, daí a corresponsabilidade dos diversos agentes na gestão de custos na Saúde da Família.

1.2.2 Conceito de custo e custo de oportunidade

Na formulação do SUS, o Estado brasileiro assumiu a saúde como dever do poder público e direito do cidadão. A partir dessa decisão, o orçamento público para saúde passou por diversos momentos de crise. Atualmente, Lei Complementar Nº 141 de 13 de janeiro de 2012 definiu o percentual de desembolso financeiro sobre os orçamentos da esfera estadual e municipal e qualificou os atributos sobre gastos em ações e serviço de saúde.

Entende-se por custo, o valor despendido para a aquisição de um bem ou serviço e a principal preocupação centra-se na demonstração financeira da instituição, cuja função é manter sob controle os ativos e passivos. No processo de contabilização de custos, incluem-se as despesas com depreciação dos equipamentos de capital que são determinados com base no tratamento fiscal normatizado pelas autoridades governamentais. Desse modo, coexiste uma visão de custo que alia as possibilidades futuras de uma instituição, ou seja, seu desempenho. Deverá haver preocupação com os custos que poderão ocorrer no futuro e com os critérios a serem utilizados para redução de custos e melhoria do desempenho.

O intuito aqui não é esgotar o assunto, mas apontar o significado de custo evidenciando-se que o presente estudo captará o custo sobre os fatos consumados.

1.2.2.1 Custo de oportunidade

Uma vez que a economia é vista como o estudo da escassez e dos fenômenos dela resultantes, de forma sofisticada, estudando, por exemplo, a alocação dos recursos escassos entre usos alternativos, objetivando o alcance das necessidades.

Na economia, o custo de oportunidade é definido como o valor de um fator de qualquer uso que lhe fosse dado, sendo tal a renda líquida gerada pelo fator em seu melhor uso, pressupondo, assim, a alternativa viável existente para o consumidor ou para o empresário. Também pode ser visto como uma decisão efetiva sendo tomada e que acarreta o sacrifício de outras que não foram escolhidas²⁰.

Entre os economistas, o custo de oportunidade é mais conhecido como custo alternativo e pode ser representado pelo valor das oportunidades sacrificadas, ou seja, oportunidades não escolhidas. Diferente dos custos contábeis que são escriturados na contabilidade de uma empresa, este é um custo implícito, que não aparece na contabilidade de uma empresa²¹. E indica o custo resultante da não utilização da melhor alternativa de emprego de um recurso produtivo, de uma outra forma, pode-se dizer que é o custo da alternativa deixada de lado.

Nesse aspecto, é possível verificar que o custo de oportunidade aparece como juros sobre o capital próprio, podendo ser definido de várias formas, como por

exemplo, o valor do benefício que se deixa de ganhar quando no processo decisório toma-se um caminho em detrimento de outro ou também como o lucro que poderia ter sido conseguido, se um conjunto de recursos tivesse sido aplicado em um certo uso alternativo^{22,23}.

Com base nisso, pode-se dizer que os conceitos se apoiam-se no tomar ou não uma decisão de investimento, podendo ser considerada também uma alternativa medida por característica da alternativa abandonada ou também como o benefício que se deixa de ganhar^{22,23}.

1.2.3 Acesso e acessibilidade

Outro item importante a ser considerado na análise dos resultados de custo é o acesso e acessibilidade das mulheres aos serviços de saúde, mesmo por que a integralidade é um dos princípios do SUS e uma das pautas do Sistema local e Regional de Marília, visando a garantir ao cidadão uma assistência integral com acesso a todos os serviços disponíveis.

Adverte-se que a simples existência do serviço de saúde em um determinado local não garante a acessibilidade. Ela é definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, na busca pela atenção do cuidado à saúde, considerando limites de espaço e tempo. Pode-se dizer que acessibilidade é o resultado de várias combinações entre fatores diversos, possibilitando, desta forma, classificar como um *constructo* de ordem sócio cultural²⁴.

Paralelamente, é possível afirmar que a acessibilidade independe da oferta de serviços, sendo limitada por outras dimensões. Um estudo sobre a acessibilidade ao serviço de saúde demonstra as barreiras que dificultam o acesso, entre elas, as geográficas, incluindo a distância; a dimensão organizacional, em que os obstáculos encontrados na organização interferem no atendimento à saúde, como a espera para o atendimento e a dificuldade para obtenção de vagas; a dimensão sociocultural que envolve a população e os profissionais, crenças e costumes com relação à saúde, a necessidade de intervenções e, por último, a dimensão econômica que se refere ao consumo de recursos materiais e financeiros, do indivíduo ou do sistema de saúde que dificultam o acesso, como os custos do tratamento e perda de dia de trabalho para o atendimento²⁴.

Assim, é preciso considerar que o acesso da mulher ao pré-natal não depende unicamente da oferta do serviço de saúde, sendo de grande importância a análise do conjunto das características que podem interferir na adesão das gestantes ao Programa e no acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde.

A estratégia Saúde da Família foi instituída como a porta de entrada para a rede de atenção à saúde. No entanto, frente às dificuldades encontradas na busca por atendimento, a população constrói seu próprio modo de acesso, resultando muitas vezes na procura de atendimentos hospitalares e atenção especializada, divergindo do princípio de hierarquização²⁵.

Outro ponto importante para a acessibilidade é a falta de recursos na área da saúde, sejam eles humanos, físicos ou materiais. Na busca por atendimento, o usuário depara-se com filas de espera ou indisponibilidade do serviço procurado. Este é o caso em que existe o acesso, mas, sem a garantia de acessibilidade^{26, 27}.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente pesquisa tem como objeto um dos programas de saúde mais disseminados e de reconhecida prioridade à Saúde da Família e da mulher: Programa de Atenção Pré-Natal. Sua abordagem requer conhecer os aspectos pertinentes aos custos na esfera da Atenção Básica, na qual o Brasil vem investindo desde a Reforma Sanitária.

Na revisão de literatura com foco no custo do pré-natal, localizaram-se cinco estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período entre 2006 e 2010, envolvendo Brasil, Chile, Tanzânia e China, como campos de pesquisa. Destes, três estudos aplicaram metodologias de avaliação econômica, dois no Brasil e um no Chile. Os outros dois exploraram uma visão contábilística. Na China, foi realizada uma pesquisa avaliativa de pré-natal na qual os autores apontam que o incremento de cuidados gera custos^{28,29,30,31,32}.

No Brasil, um estudo da dimensão contábil realizado, em 2006, na cidade de São Paulo, envolveu uma USF com 47 gestantes. O custo total do atendimento pré-natal a essas gestantes foi de R\$ 19.544,05. A composição dos gastos por categorias mostrou: recursos em 47,48%, que foram destinados a recursos humanos; 39,41%, a exames laboratoriais e imagem; 11,30%, a medicamentos e a 1,81% materiais de consumo e os demais. O custo médio por gestante foi de R\$ 502,57 e o custo unitário/gestante de R\$ 528,22, valores estes referentes ao período da investigação³⁰.

No estudo realizado em Recife, a abordagem metodológica foi custo-consequência e envolveu 11 unidades e 17 equipes de Saúde da Família. As autoras compararam unidades que haviam implantado o programa pré-natal por completo com as que trabalhavam com implantação parcial do programa, que correspondiam a 36% do total de unidades. Na apuração, os custos foram classificados em diretos e indiretos, associados à metodologia ABC, usada para identificar os direcionadores de custo que compõem as atividades de atenção pré-natal: número de gestantes, consultas por profissionais médicos e enfermeiros, solicitação de exames, aferição de peso e pressão arterial, visitas domiciliares e atividades educativas. Como resultado, em 64% das unidades com implantação completa da ESF, o custo total, médio total do pré-natal foi de R\$ 39.226,88, com variação de R\$ 3.841,87 a R\$ 8.765,02 por unidade de saúde. Nas unidades com programa parcialmente implantado que corresponderam a 36%, o custo total, médio, foi de R\$ 30.092, 61, apresentando variação de R\$ 4.272,12 a R\$ 11. 774,68. O custo unitário por gestante foi de R\$ 193,13 com o programa implantado e R\$ 150,46 com o programa parcialmente implantado. A média de consultas por gestante foi duas e meia em ambas as estruturas. Identificou-se maior proporção de baixo peso ao nascer, sífilis congênita, óbitos perinatais e fetais no grupo atendido na unidade onde o programa parcialmente foi implantado²⁸.

Pesquisadores do Chile avaliaram o custo-efetividade em dois centros de atenção primária, sendo um deles um centro municipal, considerado padrão e outro provido por universidade privada, utilizado como campo de ensino e formação dos estudantes. A mensuração do custo-efetividade visou à apreensão do desempenho global das unidades, não se atendo a um programa em especial. O levantamento de dados foi realizado por profissionais da universidade e do campo, em quatro fases:

definição do modelo de atenção (Saúde Familiar), validação dos indicadores que envolveram cada uma das dimensões, seleção do centro municipal para comparação e seleção de um grupo de tomadores de decisão que ponderaria essas dimensões na construção dos índices de efetividade. Para a construção de indicadores, utilizaram-se técnicas de entrevistas e grupo focais. A unidade de saúde municipal apresentou um custo anual de US\$ 57,54 *per capita*, e o centro universitário, um custo anual de US\$ 66,45¹ *per capita*, mostrando-se mais efetivo, tanto por indicadores técnicos como pela valorização dos usuários²⁹.

Em 2010, no Estado de São Paulo, foi publicado um estudo retrospectivo focado na dimensão contábil e baseado na classificação de custos diretos e indiretos do pré-natal de uma unidade de Saúde da Família. As autoras investigaram o tempo de produção para cada atividade ou ação e identificaram custos com pessoal, medicamentos, material de consumo, material odontológico, exames e serviços, material de escritório e de limpeza. Os custos referentes à infraestrutura incluíram energia, água e telefone. A produção média foi de seis consultas por gestantes e o custo médio *per capita*, R\$ 777,74³⁰.

Pesquisa quanti-qualitativa realizada em uma zona rural da China, em 2009, avaliou o efeito do programa pré-natal gerenciado por meio de um modelo cooperativista, com reembolso do Sistema de Saúde aos gestores locais. Um dos resultados mensurados foi o impacto do acesso precoce ao pré-natal de 70% das gestantes. Entretanto, os cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde não foram observados de forma rigorosa. O exemplo disso foi a solicitação de exames de

¹ US\$ = 534,43 pesos chilenos, conforme as autoras.

ultrassom para gestantes de baixo risco, aparentemente, além do necessário, elevando assim o custo da assistência³¹.

Esses estudos são recentes e confirmaram a viabilidade de produzir conhecimentos sobre custos em saúde. Ainda que seus objetivos e metodologias tenham sido propostos em contextos distintos, tiveram em comum o fato de terem sido desenvolvidos em serviços públicos, que adotavam o modelo de saúde da família na atenção primária e contavam com protocolos assistenciais. Ademais tinham interesse por avaliações econômicas, como meio de regulação e de referência técnica para os profissionais e compartilhavam a finalidade de subsidiar as decisões de gestores e profissionais, no âmbito do sistema de saúde, em cenários de restrição de recursos públicos.

O estudo desenvolvido na Tanzânia demonstra o custo no desenvolvimento do pré-natal, incluindo medicamentos, assistência ao parto e puerpério demonstrando que a assistência ao parto é responsável pelo maior gasto.

3 PROBLEMA DE PESQUISA

No Brasil, após a Reforma Sanitária, adotou-se um sistema de saúde de acesso universal que se encontra permanentemente em crise, face à situação crônica representada pela fonte incerta para o orçamento que abarque as necessidades de investimento em saúde. Os entes federados disputam recursos, diante do reconhecido quadro de carência e custos crescentes^{17,33,34,35,36}. O déficit permanente classifica o poder público como mau administrador, com atividades que geram desperdícios de recursos.

Hoje, a Atenção Básica está contemplada com financiamento via Bloco da Atenção Básica no Pacto de Saúde/2006. A transferência de recursos obedece previsão *per capita* habitante/ano, que conforma o PAB fixo, além do PAB- Variável que inclui investimentos para implementação e manutenção da modalidade Saúde da Família que requer contrapartida do tesouro municipal. O montante do repasse é global e não especificado por programas.

O programa pré-natal é de importância reconhecida. Advindo da política de saúde da mulher, é considerado prioritário por definição. Seria desejável que seu custo fosse reconhecido pelos profissionais de saúde e por todos que compõem a equipe de atendimento à mulher.

A questão financeira deve ser um dos focos no exercício das atividades técnicas, porém, habitualmente, vem sendo tratada somente pelos profissionais administrativos, reforçando a dicotomia técnico-administrativa. Entretanto, as atividades assistenciais e administrativas devem ser desenvolvidas de forma

articulada, tendo como propósito principal o cuidado à saúde. Não faz sentido que apenas o pessoal administrativo detenha conhecimento sobre custos, ainda mais, na Estratégia Saúde da Família, que adota uma forma de organização não hierárquica, em que a relação de trabalho é mais horizontalizada. Este é mais um motivo para justificar a presente investigação.

Na estrutura organizativa do setor público, é comum não se dispor de um sistema de informação contábil-financeiro capaz de fornecer dados de custeio das atividades e materiais utilizados, o que torna difícil desenvolver um estudo de custo.

O município de Marília encontra-se inserido nessa problemática, a falta de recursos e a necessidade de fazer escolhas relacionadas aos investimentos, uma vez que município tem hoje diversas responsabilidades, não só na rede básica de saúde, mas também nos demais níveis de atenção, visto que o Plano Municipal de Saúde demonstra o aumento de doenças crônicas degenerativas o que eleva o gasto na rede básica, com diagnósticos, consultas e tratamento das doenças, enfatizando que o pré-natal apesar de sua reconhecida importância não é o único programa do município que necessita de investimento.

Nos últimos anos, as entidades jurídicas privadas, denominadas Organizações Sociais (OS) vêm candidatando-se para gerenciar as instituições de saúde. Uma das exigências do poder público para a gestão dos recursos financeiros é a disponibilização das planilhas de gastos relacionados com a produção física, de tal forma a justificar o destino dos recursos. Por essa razão, a presente investigação toma como campo de pesquisa as UBS gerenciadas pela OS, buscando responder à seguinte questão orientadora, uma vez que o município de Marília encontra-se inserido no mesmo contexto:

- **Qual a estimativa de custo do atendimento a gestantes, na perspectiva do Programa de Atenção ao Pré-Natal, do MS, realizado nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marília?**

A perspectiva futura é avançar em estudos de avaliação econômica que propiciarão medidas de efetividade de investimento nos diversos programas da Atenção Básica.

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo geral

Avaliar a dimensão de custos na Atenção pré-natal oferecida às gestantes de uma unidade de Saúde da Família, do município de Marília.

4.2 Objetivos específicos

Estimar o custo unitário da atenção pré-natal da USF pesquisada;

Estimar o custo unitário do pré-natal de baixo risco conforme o protocolo do MS;

Evidenciar as atividades e seus direcionadores de custo que compõem a atenção pré-natal na USF pesquisada;

Discutir o custo unitário obtido entre a unidade pesquisada e o preconizado pelo protocolo do MS.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter retrospectivo, constituindo-se em uma pesquisa específica que assume a forma de um estudo de caso.

É considerado exploratório, pois proporciona maior familiaridade com o tema, visto que este ainda é pouco conhecido, e descritivo por descrever as características de uma população e de um fenômeno, estabelecendo a relação entre as variáveis no objeto de estudo. Muitas vezes, por ser bastante específica, esse tipo de pesquisa assume a forma de um estudo de caso.

O estudo de caso não aceita um roteiro muito rígido para sua delimitação, mas é possível definir quatro fases que mostram seu delineamento: a) delimitação da unidade/caso, b) coleta de dados, c) análise e interpretação dos dados, d) elaboração do relatório³⁷.

Esse tipo de estudo possui uma série de vantagens, fazendo com que seja adotado, como o delineamento mais adequado em várias situações, como por exemplo, o estímulo a novas descobertas, tendo em vista sua flexibilidade, a ênfase na totalidade e simplicidade dos procedimentos³⁸.

O que define o “caso” não é só a metodologia adotada, mas o objeto de estudo que deve de ser único, específico, diferente, considerando que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são bem definidas, buscando uma visão holística capaz de preservar e compreender a totalidade e unicidade do caso^{38,39}. É por isso, conforme alguns autores, que o estudo de caso não se constitui por si só uma

metodologia de investigação específica, mas, antes uma estratégia³⁹ ou um *design* de investigação.

O estudo de caso possui um forte cunho descritivo, já que o investigador busca conhecer os dados de forma mais completa possível, apoiando-se para isso em uma “descrição compacta”^{37,40}. Sua finalidade é sempre holística, ou seja, visa preservar e compreender o caso no seu todo e na sua unicidade. Para isso, o investigador estuda o caso em seu contexto real, em profundidade, tirando todo o partido possível das fontes múltiplas de dados (inquéritos, entrevistas, observações, documentos, registros escritos, diários de campo, fotografias, registros audiovisuais, testemunhos), sendo comum que um mesmo estudo combine entre si as diversas técnicas e instrumentos^{37,38,39}.

A importância do estudo de caso na pesquisa de custos advém da possibilidade de contribuir de forma especial para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Permite uma investigação em que se preservam as características significativas dos eventos da vida real³⁹. Outro fato importante é que este tipo de pesquisa pode ser utilizado no campo da economia quando há investigação em uma empresa ou organização, como na pesquisa em questão, em que foi estudado o custo de um programa específico, possibilitando compreender um fenômeno social complexo – o programa pré-natal na Atenção Básica.

5.1 Local do estudo

O município de Marília localiza-se no Estado de São Paulo, foi fundado em 1929. Dista da capital 443 km por rodovia; 529 km por ferrovia e 376 km em linha reta. Sua população, estimada pelo IBGE em 2007, era de 218.113 habitantes, posicionando-se, assim, como a 13ª maior cidade do interior paulista em número de habitantes. Possui uma densidade demográfica de 185,19 habitantes/km², com uma mortalidade infantil de 15,57/mil no primeiro ano de vida, expectativa de vida em torno de 74,37 anos e uma taxa de alfabetização igual a 95,35%.

Conta com dois hospitais gerais e pronto atendimento sendo: o Hospital de Clínicas I, Hospital de Clínicas III, uma Santa Casa de Misericórdia e um hospital psiquiátrico denominado Hospital Espírita de Marília (HEM). Na área de saúde da mulher, conta com três maternidades, a do Hospital Materno-infantil (HC II), a segunda da Associação Feminina de Marília – Maternidade Gota de Leite, uma entidade filantrópica, e a terceira, a do Hospital Universitário. O município é referência para atendimento de gestação de risco e recebe encaminhamentos de 32 municípios da Direção Regional de Saúde – 14 (DIR-14), o que o diferencia na incidência de taxas de cesáreas em relação aos partos normais.

Atualmente Marília conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na modalidade tradicional e 31 Unidades de Saúde da Família (USF). O projeto foi desenvolvido em uma USF que serviu de campo de pesquisa para a apropriação de dados.

A administração dos recursos humanos desta unidade é realizada pela OS Associação Feminina de Marília Maternidade e Gota de Leite, que administra o repasse de verbas da SMS para este fim, desde 1998, quando aconteceu a implantação das quatro primeiras equipes de Saúde da Família no município.

A partir de 1993, ao mesmo tempo em que se instituíam normas para licitações e contratos da administração pública no País, por meio da Lei 8.666/93, diversos municípios começaram a implementar a Estratégia de Saúde da Família, à época Programa Saúde da Família, sob várias modalidades administrativas.

Em Marília, a Lei Municipal nº 4.474, de 06/07/1998 permitiu à prefeitura aditar convênio específico de parceria com entidades filantrópicas para assistência em saúde, no caso, para a execução da Estratégia Saúde da Família. Essa lei possibilitou a assinatura de Convênio Nº 802/10 para a implantação da Saúde da Família em parceria com a Maternidade Gota de Leite, que ainda é a única parceira.

Cada unidade dispõe de uma equipe padrão, preconizada pelo MS, composta por um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, cinco agentes comunitários de saúde (ACS). O contrato trabalhista é de 40 horas semanais. Como equipe de apoio administrativo conta com duas secretárias, duas serviçais de limpeza, e um motorista e um veículo, para cada duas unidades. Todas as Unidades Básicas de Saúde, modalidade Estratégia Saúde da Família, funcionam das 7 às 17 horas.

O modo de produção de serviços pode ser sintetizado da seguinte forma: os atendimentos são documentados no prontuário familiar, e as agendas são definidas pelos profissionais com apoio administrativo. A programação das atividades de cada equipe decorre das reuniões semanais, que ocupam um período do dia. Na reunião, a produção da semana anterior é avaliada e, com base nessa avaliação, realiza-se a programação da semana subsequente.

Em consonância com a atual política nacional de medicamentos, determinada pelo Pacto de Saúde de 2006, há necessidade da presença de um profissional farmacêutico nas unidades de Atenção Básica. A Secretaria Municipal

de Higiene e Saúde conta com seis profissionais farmacêuticos: dois ficam sediados no almoxarifado central, que realiza o controle do estoque e a distribuição para as UBS. Os demais estão divididos um por região e supervisionam o auxiliar de enfermagem alocado para dispensação de medicamentos e conferências das receitas médicas.

A Farmácia Central, localizada no almoxarifado da saúde, conta o apoio da Farmácia de Manipulação, conhecida como FITOSAÚDE, localizada no Distrito Industrial, sendo de responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde, que dispensa cerca de meio milhão de cápsulas por mês, cobrindo uma média de 10.000 receitas/mês de medicamentos entre alopáticos, fitoterápicos, xaropes e pomadas, conforme a solicitação das UBS. A dispensação é feita mediante a entrega da receita médica, e estão alocados no serviço mais dois farmacêuticos e 11 funcionários entre auxiliar de escritório, auxiliar de escrita e serviços gerais.

As principais atividades realizadas pela equipe de saúde no desenvolvimento do programa pré-natal são: consulta médica, consulta de enfermagem, grupos educativos, coleta de materiais para exames laboratoriais, vacinação de crianças e adultos, encaminhamentos para consulta com especialistas, realização de visitas domiciliárias, atividades intersetoriais, distribuição de medicamentos e reuniões.

5.2 A Unidade de Saúde da Família

A unidade escolhida para pesquisa foi a USF Belas Flores, localizada na região leste do município de Marília, próxima à BR 153, rodovia que transpõe a

cidade e é responsável pela ligação do Sul do País com a Capital Federal. Foi inaugurada em 2003, em razão do crescimento populacional e surgimento do núcleo habitacional Jardim Santa Clara.

Em 2010, já era responsável por 794 famílias equivalendo, aproximadamente, a 2.900 usuários, e 98% da população utilizavam os serviços do SUS. A população moradora era de baixa renda, com um a dois salários por família. No mesmo período, atendia 772 mulheres entre 15 e 49 anos, deste total, 42 encontravam-se gestantes e 98% delas fizeram acompanhamento pré-natal na Unidade.

Para prestar atendimento aos usuários, a USF Belas Flores contava com uma equipe estruturada, com um médico generalista, uma enfermeira especialista em PSF, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, três auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e dois vigias, ou seja, a unidade possui a equipe completa, conforme o preconizado pelo MS. Vale ressaltar que a enfermeira da equipe acumulava dupla função de responder pela gestão da unidade e pelas famílias do território de abrangência.

Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Marília-SP

Figura 1 - Mapa do município de Marília – SP com a distribuição das UBS tradicionais e USF.

Fonte: Secretaria municipal de Saúde de Marília

5.3 População e período de estudo

Na escolha da população estudada, foram determinados alguns critérios de inclusão e exclusão. Os de inclusão foram: todas as gestantes matriculadas no Programa pré-natal vigente no município, em 2010, sem restrição de idade e que

tivessem realizado, pelo menos, quatro consultas pré-natais e mais uma consulta de puerpério. O critério de exclusão foi: gestantes que realizaram um número inferior a quatro consultas.

Em 2010, perfazia um total de 61 gestantes, conforme a lista emitida pelo SISPRENATAL na unidade pesquisada. Do total, sete foram excluídas pelas seguintes razões: três prontuários não foram localizados; outros dois, as gestantes haviam se mudado de Marília e mais dois, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão: uma, em razão de abortamento com 12 semanas de gestação e a outra que não realizou o acompanhamento pré-natal. Portanto, trabalhou-se com 54 gestantes. Entretanto, entre as 54, cinco haviam se mudado para outros bairros do município, o que demandou mais tempo na coleta de dados, já que a busca pelas informações foi realizada em diversas unidades, distantes do ponto inicial da pesquisa. Foi necessário contatar as gerentes dessas unidades, a fim de obter permissão para verificar os prontuários.

5.4 Fonte de informações e coleta de dados

Para a coleta de dados foi de vital importância o apoio da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde do Município de Marília, pois as USF não dispunham da organização e registros contábeis. A coleta de dados foi laboriosa em função das fontes dispersas geograficamente.

A determinação do valor do trabalho dos profissionais, ou seja, a parcela dos trabalhos dedicados para a atenção pré-natal que representasse a parcela de custo, constituiu-se em processo mais laborioso pois, necessitava localizar o tempo que fora

dedicado às gestantes. Partiu-se do princípio de que os profissionais atendem não somente gestantes, mas outras demandas. A captação desse tempo ocorreu em situações reais de atendimento, ao vivo, in loco, utilizando-se de um cronômetro para o registro sistemático dos tempos investidos em cada atividade. Foram apropriados os tempos investidos para o atendimento realizado pelo conjunto de profissionais da unidade, tomando como referência o protocolo de atendimento ao pré-natal preconizado pelo Município de Marília.

O valor salarial dos profissionais que compõem a equipe de saúde foram fornecidas pela Organização de Saúde - Associação Feminina de Marília – Maternidade e Gota de Leite que respondia pela gerência de recursos humanos da USF. Para calcular o valor total percebido, por, somou-se o valor de salários bruto/mês, incluindo benefícios, encargos sociais, parcela de férias e décimo terceiro salário. A partir deste somatório, extraiu-se o valor por minuto de cada categoria profissional, tendo como base 40 horas semanais e 200 horas mês de carga de trabalho.

O valor salarial percebido pelo motorista do SAMU foi obtido a partir de informações colhidas na própria base do serviço. Aplicou-se o mesmo raciocínio adotado para os demais membros da equipe da USF: a soma do salário, benefícios e encargos sociais, para uma carga de 36 horas semanais, perfazendo um total de 180 horas mês. Posteriormente, extraiu-se o valor por minuto.

Abaixo, na Tabela--- observa-se o raciocínio que extraiu os valores/ minuto, na última coluna, para estimar o custo das atividades investidas por profissionais.

Tabela 1 - Distribuição dos salários dos profissionais que compõem a equipe da USF Belas Flores e calculo para demonstração de salário valor/minuto. Marília – SP, 2012.

Profissionais	Salário base/ mês (R\$)	13º sal./ mês (R\$)	1/3 mês Férias (R\$)	vencimento bruto (R\$)	Valor 60 min (R\$)	Valor / min (R\$)
Ag. comunitário de saúde	939,47	78,28	26,09	1.043,84	5,21	0,09
Aux. de consultório dentário	939,47	78,28	26,09	1.043,84	5,21	0,09
Aux. de limpeza	858,81	71,56	23,85	954,22	4,77	0,08
Aux. de enfermagem	1.167,39	97,28	32,42	1.297,09	6,48	0,11
Aux. de escritório	939,47	78,28	26,09	1.043,84	5,21	0,09
Odontólogo	5.178,48	431,54	143,84	5.753,86	28,76	0,48
Enfermeira	3.060,61	255,05	85,01	3.400,67	17,00	0,28
Médico	8.845,78	737,14	245,71	9.828,63	49,14	0,82
Motorista (SAMU)	1.620,00	135,00	540,00	2.295,00	11,47	0,19

O prontuário da gestante foi a principal fonte de documentação da assistência com a expectativa de obter a história clínica e aspectos sociais das gestantes: diagnóstico da gravidez e a classificação de risco, antecedentes ginecológicos obstétricos, anamneses, registros de atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos, prescrição de medicamentos, aplicação de vacinas, evolução clínica, exames laboratoriais e de imagem, orientações individuais e em grupos, visitas domiciliares, eventuais visitas da equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), visitas para o recém-nascido de risco e demais atividades de acompanhamento pré-natal, como os grupos de gestantes que deveriam acontecer na maioria das UBS, em virtude da parceria entre as unidades de saúde e a Maternidade Gota de Leite, a fim de preparar a gestante para o parto e puerpério. Constituíram outras fontes, os livros de registros de visitas dos ACS.

Para o quantitativo de consumo de materiais de enfermagem, odontologia, medicamentos, vacinas e anestésicos, construiu-se um mapa relacionados aos da unidade pesquisada como dos provenientes do HMI. Na obtenção do valor destes materiais foram consultados os documentos originais de

aquisição do almoxarifado central da Secretaria Municipal. Para contabilizar esses materiais, identificou – os por atividade. Para o custo final, levou em consideração os valores decorrentes estimados por atividade e multiplicou-se pelo número de frequências de atendimento. Aplicou-se o mesmo raciocínio quando teve que estimar o preço de um medicamento por frasco, desdobrou-se por divisão para obter o valor por grama, ml e unidade.

Enquanto que os valores referentes a exames laboratoriais e de imagem foram captados via Tabela SIA – SUS do DATASUS, vigente no período de 2010.

O mapa de materiais permanentes da área técnica-assistencial da unidade foi organizado para cálculo de valores da depreciação, considerando o valor e a data de aquisição destes materiais permanentes. Paralelamente coletou-se o tempo de vida útil de cada um deles, conforme registros do arquivo do Departamento de Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Para o cálculo dos custos dos serviços básicos, água, energia elétrica foram obtidos na Fundo Municipal da Saúde da SMS, considerando os consumos e preços do período. Além destes, estimou-se gastos com limpeza e apoio a transportes para gestantes, segundo Fundo Municipal e do Departamento de contas da Secretaria Municipal da Saúde de Marília.

5.4.1 Qualidade dos registros nos prontuários

O prontuário pode ser definido como o documento único composto de informações geradas com base nos fatos ocorridos com o cliente, situações sobre a saúde e a assistência prestada. Subsidia processos de gestão, ensino e pesquisa em

saúde e é um recurso para formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, além de documentar demandas legais⁴¹.

A qualidade dos registros é de grande importância, uma vez que a assistência pré-natal requer dos profissionais competência frente à responsabilidade de monitoramento sistemático da gestante. Ademais, subsidia a atuação dos diferentes profissionais envolvidos no processo de atendimento. A análise dos registros dos prontuários serve de base para a avaliação da qualidade do acompanhamento realizado⁴².

A documentação precária no prontuário dos pacientes e usuários não é novidade; assim, a pesquisadora encontrou dificuldades na localização dos prontuários, por isso reduziu a população de estudo. Para reconstruir o rol das despesas na assistência às gestantes, conforme o protocolo eram raros os registros sobre as atividades educativas e visitas domiciliares, o que se refletiu no cômputo final de custos.

No interior da USF, as informações encontravam-se dispersas em vários locais, o que representou uma dificuldade adicional por ocasião da coleta de dados. A impossibilidade de localizar alguns prontuários levou à exclusão de algumas gestantes, reduzindo a população do estudo.

5.4.2 Construção da estimativa de custos de produção

O método de custeio é a forma pela qual os custos são apropriados por seus portadores finais. O custeio por absorção, especificamente, pode ser definido como a apropriação de todos os custos à produção de um determinado período, sendo

contabilizados, os diretos e indiretos, fixos e variáveis, sem distinção⁴³. Também pode ser entendido como apropriação de todos os custos do ciclo operacional interno, ou seja, resulta da apropriação de todos os custos das funções de fabricação, administração e vendas de bens e serviços produzidos⁴⁴. O custo de absorção de recursos é feito, conforme a dinâmica de atendimento às necessidades, de forma retrospectiva.

5.4.3 Estimativa do custo do trabalho dos profissionais

Para a verificação do valor gasto no atendimento às gestantes durante o período pré-natal, é indicada a utilização do método de apropriação Time Drive ABC, que usa uma equação de tempo para estimar quantos minutos são gastos em cada atividade^{45, 46}. Com ele é possível capturar a complexidade das organizações, o que oferece muitas oportunidades para criar modelos de custo em ambientes com atividades complexas, como é o caso da área da saúde³³.

A verificação do recurso tempo (cronológico), em seu conceito utilitarista do tempo, como um elemento de produção de riqueza, tornou-se um elemento essencial de mediação na construção de sentidos na produção de serviços. Nesse sentido, o tempo pode ser entendido como um recurso, embora abstrato, utilizado de forma individual ou coletiva^{47,48}. O mapeamento do tempo subsidiou a discussão dos resultados em relação aos direcionadores de custos, por envolver a variabilidade na duração de cada atividade.

Um dos principais desafios para a viabilidade das organizações de saúde é o desenvolvimento de informações precisas. Portanto, é relevante a abordagem de metodologias de apropriação de custo, dada a escassez de recursos na saúde³³.

5.4.3.1 Apuração e apresentação do tempo encontrado

Para introduzir as estimativas de custo, é prudente apontar os resultados obtidos com o tempo investido pelos membros técnico-administrativos da equipe, pois esse dispêndio foi a base para determinar a fração salarial dedicada ao pré-natal.

Um segundo instrumento específico foi utilizado para captação do tempo (Apêndice 2). Neles eram especificadas as atividades por trimestre, assinalado o início e o fim das mesmas. O teste de validação dessa ferramenta fora do campo de pesquisa foi realizado, e a frequência da captação do tempo foi conduzida na USF pesquisada, de forma que era possível observar o tempo até que ocorresse sua repetição.

A captação desse tempo ocorreu em situações reais de atendimento, ao vivo, in loco, utilizando-se um cronômetro para o registro sistemático do tempo investido em cada atividade.

A partir da mensuração de tempo em série de ações e atividades junto aos profissionais, projetou-se um tempo médio como base para cálculo de frações salariais que representasse o tempo investido, em valores de moeda corrente (R\$).

O Gráfico 2, a seguir, ilustra a distribuição do tempo médio das ações, procedimentos e ou atividades que compõem a atenção pré-natal, em consonância

com o protocolo. Foram organizados em ordem decrescente para ressaltar quais atividades demandaram maior tempo.

Gráfico 1 - Distribuição em ordem decrescente do tempo médio por atividade do protocolo pré-natal. Marília – SP, 2012.

A visita domiciliária, a consulta de enfermagem, a de puerpério, as atividades educativas e a consulta médica foram as que demandaram maior investimento de tempo.

Baseando-se nessa média do tempo e uma vez apurada a frequência e a soma de todas as atividades realizadas pelos profissionais, foi possível o mapeamento do tempo investido para cada gestante. Como referido no *Time Drive Activity*², o tempo de execução de uma atividade influencia de forma direta no seu custo final. Dessa forma, a partir do número de consultas realizadas por cada profissional e com base no cálculo do tempo gasto na consulta, foi multiplicado o valor minuto do tempo total investido em consultas, obtendo assim o valor em Reais

² é uma metodologia de gestão de custo que fornece informação detalhada ao nível de custo e lucros de produtos, serviços e clientes essenciais para a gestão de uma empresa, a partir de dois aspectos fundamentais; custo de fornecer capacidade de recurso para cada processo da empresa e quanto tempo é necessário para desempenhar o trabalho de ordem produto e serviço do cliente^{46, 47}.

(R\$). O resultado é apresentado Gráfico 1, o qual mostra o tempo em minutos disponibilizado pela equipe a cada gestante. A partir desse panorama, visualizou-se que as gestantes tiveram trajetórias distintas no processo de atendimento.

5.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi dividido em 12 conjuntos de informações, com a finalidade de responder aos objetivos propostos (Apêndice 1). Foi projetado para captar dados sequenciais de atendimentos, gestante por gestante, tendo como referência o protocolo municipal e o instrumento de coleta de dados formulado em pesquisa similar³⁰.

5.5.1 Grupo de atividades do pré-natal conforme o protocolo municipal:

Consultas médicas e de enfermagem: as consultas são procedimentos que visam à avaliação clínica, conforme a evolução da gestação. Além dos aspectos das transformações do corpo feminino e do desenvolvimento fetal, os momentos de consulta encerram cuidados pertinentes às histórias sociais e econômicas das mulheres e suas famílias. De acordo com as normas do MS, e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pela enfermeira, intercala com as consultas médicas. O Programa de Atenção Pré-Natal, recomenda intercalar as consultas médicas e de enfermagem, durante o processo gestacional.

Consulta odontológica: a saúde bucal é prevista como um dos componentes no Programa. Na apropriação dos custos com cuidados odontológicos, devem ser abordados os aspectos relacionados: tempo de atendimento, material gastos, energia elétrica e equipamentos, constituindo assim a despesa global que represente o atendimento odontológico.

Medicamentos: na busca de garantir o bem estar materno e fetal e evitar alguns tipos de comprometimento à saúde, o MS recomenda a administração de ácido fólico com base no diagnóstico da gravidez e também a prescrição de ferro quelato a partir do segundo trimestre de gestação.

Outros grupos de medicamentos foram compostos conforme as intercorrências que emergiram. Ressalta-se os que influenciam diretamente o custo final do pré-natal.

Produtos imunobiológicos: partindo do princípio de que o RN vacinado não adquire imunidade imediata ao patógeno, deixando-o susceptível a doenças por até 6 meses de vida, os produtos imunobiológicos utilizados na gestação garantem a saúde materna e estabelecem uma proteção passiva para o feto por meio da passagem de anticorpos pela barreira placentária⁴⁹.

Em 1992, o Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, incluiu na atenção pré-natal o imunobiológico contra difteria e tétano (dT), administrado no terceiro trimestre gestacional por meio de uma dose de reforço às gestantes que receberam a última dose há mais de 5 anos. A implantação dessa medida permitiu controlar a incidência de tétano neonatal, e no período entre 2000 e 2010, não foi registrado nenhum caso no Estado de São Paulo.

O imunobiológico contra hepatite B faz parte do calendário vacinal da gestante, desde 2009, sendo administrado a partir do 1º trimestre gestacional com

intuito de reduzir a transmissão vertical da patologia, geralmente, ocorrida na hora do parto, garantindo acesso ao imunobiológico às mulheres que perderam a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços de saúde.

Já o imunobiológico contra o vírus do H1N1 foi introduzido no calendário vacinal de gestantes a partir de 2009, em razão do alto índice de ocorrência no ano anterior, com um elevado índice de óbito. A Influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório, sendo de elevada transmissibilidade, tendendo a se disseminar facilmente em epidemias sazonais. Embora a maioria das pessoas infectadas recupere-se dentro de 1 a 2 semanas, em crianças, idosos, portadores de doenças crônicas e gestantes a infecção pode evoluir de forma grave, pneumonia e morte. Assim, o governo federal instituiu campanhas para estimular a prevenção da doença entre os grupos descritos. O uso do imunobiológico pelas gestantes é seguro em qualquer idade gestacional e também é uma estratégia eficaz de proteção à mãe e ao filho, uma vez que estudos demonstraram que os lactentes de mães vacinadas contra a Influenza apresentaram menos casos da doença⁵⁰. Para verificação dos imunobiológicos administrados, foi feita a leitura dos prontuários e a verificação da ficha-espelho de cada gestante.

Grupo educativo: refere-se ao grupo que visa aos cuidados com a alimentação, ginástica corporal, amamentação e cuidados com o recém-nascido. Realiza atividades de promoção à saúde das mulheres, preparando-as para receber um novo membro na família. Possibilita a troca de experiências, sendo um momento educativo, que pode influenciar na manutenção da saúde e no autocuidado. Foi incluído na coleta de dados, pois influencia no custo final do pré-natal, pela demanda de tempo de um profissional, material e infraestrutura da UBS;

Exames laboratoriais, gráficos e de imagem: mesmo não sendo o foco do estudo, é importante comentar que a realização dos exames recomendados pelo MS é um aspecto importante na avaliação da qualidade do programa, já que visam a assegurar a saúde materna e o bem estar fetal. São preconizados: dosagem de hemoglobina, grupo sanguíneo e fator Rh, teste de Coombs indireto, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, exame sumário de urina (urina I) urocultura e antibiograma, exame parasitológico de fezes, teste de HIV e o teste de tolerância à glicose, realizado quando o teste de glicemia mostra-se alterado. Esses exames são preconizados pelo MS e devem ser realizados nos primeiro e terceiro trimestres gestacionais, com a finalidade assegurar o bem estar materno, o desenvolvimento fetal e o parto seguro, porque detectam doenças que podem levar desde um trabalho de parto prematuro até à má formação fetal, como no caso da sífilis e outras doenças que podem comprometer a vida do neonato, tais como, hiperglicemia materna, transmissão vertical do HIV, etc.

O exame de imagem mais realizado no período gestacional é o ultrassom obstétrico, cuja finalidade é verificar o desenvolvimento e a vitalidade fetal, confirmar a idade gestacional, a localização e o envelhecimento placentário e as condições do líquido amniótico. Algumas gestantes podem ser submetidas a métodos gráficos, como o eletrocardiograma e a exames radiológicos solicitados pelos médicos, a partir de uma avaliação criteriosa.

Visita domiciliária: as visitas são realizadas por profissionais de nível superior, médico ou pela enfermeira da unidade, sendo acompanhada por uma auxiliar de enfermagem. A frequência de realização da visita varia, conforme a necessidade, sendo preconizado pelo MS, no mínimo, duas por gestação. Esta prática permite uma maior aproximação com a realidade vivenciada pela gestante e sua

família, sendo uma estratégia que potencializa os fatores de proteção à mulher gestante ou puérpera, uma vez que há necessidade do cuidar integral⁵¹.

Visita no domicílio: é a prática realizada pelo agente de saúde que possibilita a percepção das necessidades da gestante. Dá condições para que o ACS perceba as necessidades da gestante, o que não ocorre muitas vezes no rápido contato da consulta na UBS. Por meio da visita, o ACS torna-se um elo entre a comunidade e o serviço. Muitas vezes, a visita no domicílio norteia a tomada de decisão da equipe de saúde e futuras visitas domiciliárias⁵².

Intercorrências: este item foi incluído na coleta de dados como um espaço destinado às ocorrências não fisiológicas do processo gestacional, como por exemplo, a infecção urinária que certamente eleva o custo do pré-natal. Foi composto de informações de diversas naturezas, desde a prescrição de um medicamento, a solicitação de um exame específico, até a solicitação de transporte de urgência e encaminhamento ao serviço especializado de urgência.

Retomando neste momento, como foi extraído a determinação do valor do trabalho dos profissionais: parte do tempo de trabalho dedicado para a atenção pré-natal, multiplicado pelo valor da categoria minuto, este multiplicado pela carga horária total constituiu-se em um processo complexo desta pesquisa. Pois, necessitava-se localizar esse tempo que fora dedicado às gestantes e gerar valor de custeio. Partiu-se do princípio de que os profissionais atendiam não só as gestantes, mas, outras demandas. Foram apropriados os tempos investidos para o atendimento realizado pelo conjunto de profissionais da unidade, tomando como referência o protocolo de atendimento ao pré-natal preconizado pelo município de Marília.

O valor salarial dos profissionais que compõem a equipe de saúde foi fornecido pela Organização de Saúde – Associação Feminina de Marília –

Maternidade e Gota de Leite que respondia pela gerência dos recursos humanos da USF. Para calcular o valor total percebido, somou-se o valor dos salários bruto/mês, incluindo benefícios, encargos sociais, parcela de férias e o 13º salário. A partir desse somatório, extraiu-se o valor por minuto de cada categoria profissional, tendo como base 40 horas semanais e 200 horas/mês de carga de trabalho.

O valor salarial percebido pelo motorista do SAMU foi obtido pautado nas informações colhidas na própria base do serviço. Aplicou-se o mesmo racioncínio adotado para os demais membros da equipe da USF: a soma do salário, benefícios e encargos sociais, para uma carga de 36 horas semanais, perfazendo um total de 180 horas/mês. Posteriormente, extraiu-se o valor por minuto.

Para o quantitativo de consumo do material de enfermagem, odontologia, medicamento, vacinas e anestésicos, construiu-se um mapa relacionado ao da unidade pesquisada como dos provenientes do HMI. Na obtenção do valor desses materiais, foram consultados os documentos originais de aquisição do almoxarifado central da Secretaria Municipal. Para contabilizar esses valores, identificou-se por atividade. Para o custo final, esses valores foram multiplicados pelo número de frequência de atendimento. Aplicou-se o mesmo raciocínio quando se teve de estimar o gasto de um medicamento por grama, ml e unidade.

Os valores referentes a exames laboratoriais e de imagem foram captados via Tabela SAI – SUS do DATASUS, vigente no período de 2010.

O mapa do material permanente da área técnico-assistencial da unidade foi organizado para o cálculo dos valores de depreciação, considerando o valor e a data de aquisição do material permanente. Paralelamente, coletou-se o tempo de vida útil de cada um deles, conforme os registros do arquivo do Departamento de Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde do município.

O cálculo dos custos dos serviços básicos, água, energia elétrica foi obtido no Fundo Municipal da Saúde da SMS, considerando o consumo e os preços do período. Além destes, estimaram-se gastos com limpeza e apoio a transporte para gestantes, conforme Fundo Municipal e o Departamento de contas da Secretaria Municipal da Saúde de Marília.

5.5.1.1 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram analisadas pelo sistema Microsoft Office Excel, versão 5, programa de planilha eletrônica de cálculo, produzido pela *Lols Smoken Microsoft* para computadores, uma vez que seus recursos incluem uma interface intuitiva e capacitadas ferramentas de cálculos e de construção de gráficos.

5.5.1.2 Apuração e apresentação do custo estimado de serviços

Para introduzir as estimativas de custo dos trabalhos empregados, é prudente apontar os resultados obtidos com o tempo investido pelos membros técnico-administrativos da equipe, pois esse dispêndio foi a base para determinar a fração salarial dedicada ao pré-natal.

Com base na mensuração do tempo em série de ações e atividades com os profissionais, projetou-se um tempo médio para cálculo das frações salariais que representassem o tempo investido em valores de moeda corrente (R\$).

Gasto com profissional de saúde: para esse cálculo verificou-se o tempo que cada profissional de saúde investiu em contato direto (consultas, coleta de exames, dispensação de medicamentos e aplicação de imunobiológico) e indireto (conferência e encaminhamento de exames, organização e preparo da sala de odontologia e material, retirada e guarda de prontuário, tempo nas reuniões de equipe). Conforme a explicação anterior, com a determinação do tempo médio de cada atividade foi possível atribuir o valor correspondente, por meio do valor salarial -minuto do profissional responsável.

SAMU: na estimativa de custo do transporte, foi considerado o tempo de trânsito da ambulância, considerando a saída da base, ida até à unidade de saúde, identificação e acomodação da gestante na ambulância, trajeto da unidade até o HMI e o tempo de retorno da viatura à base. Apoiado no tempo, a fração salarial correspondente foi calculada, somada ao repasse financeiro do governo referente à utilização da viatura, que é feito a cada 50 Km. Nos dados da Tabela 1 condensou-se o processo de extração de valor minuto do trabalho de cada categoria profissional.

Visita no domicílio e visita domiciliária: nesta atividade, foram considerados o tempo de ida e volta do profissional à residência da gestantes, acrescido do tempo médio de permanência do profissional no local.

Exame, medicamento e produtos imunobiológicos: estes itens foram captados um a um de cada gestante, por meio da leitura de cada prontuário.

Grupo de gestantes: para esta atividade inicialmente foi visto o tempo de reunião, somado ao tempo de preparo da atividade. Posteriormente, o tempo total encontrado foi dividido pelo número de gestantes que compõem o grupo, sendo considerada a enfermeira profissional responsável pela organização e desenvolvimento desta atividade.

HMI: a estimativa de custo deste serviço que compôs o atendimento as gestantes foi baseada nas informações fornecidas pelo setor de faturamento do hospital, complementando assim as despesas que incorreram no custo unitário de cada gestante.

Serviços Básicos: Com relação ao cálculo dos serviços básicos, foram incluídos os gastos com energia elétrica, água e limpeza. Esses elementos constituem itens e gastos indiretos, que são calculados pelos métodos de rateio.

- **Água:** verificou-se o gasto de água, mês a mês, durante 2010, para o cálculo da média ponderada de consumo geral, identificando-se assim o consumo médio mensal. Posteriormente foi feita a divisão do consumo pelo número total de usuários somado ao número de funcionários da unidade. O valor encontrado foi novamente dividido, agora pelo número de dias do mês (30), encontrando-se, dessa forma, o consumo de água por usuário por dia, que foi multiplicado pelo número de atendimento prestado a cada uma das gestantes. Estimou-se, assim, a quantidade de pacientes/usuários atendidos nesses recintos, o que possibilitou a projeção de gastos com água;
-

- **Telefonia:** a prefeitura do município de Marília utiliza o serviço da Telefônica. O gasto com telefonia não foi localizado em tempo hábil. Decidiu-se utilizar os valores encontrados por Maeda 2003³⁰ cujo valor foi atualizado utilizando-se dos seguintes Índices Geral de Preços³ – Disponibilidade Interna (IGP-DI) no período entre 2003 e 2004; Índice de Serviço de Telecomunicações⁴ (IST) no período entre 2005 e 2010³⁰.
- **Energia elétrica:** para o cálculo do custo da energia elétrica, primeiramente, verificou-se o valor do gasto mensal durante o ano de 2010, após obter o valor total anual, obteve-se a média ponderada/mês. Posteriormente realizou-se o rateio pelo número total de usuários da unidade, somado ao número de funcionários. O valor encontrado foi dividido por 30 (dias do mês), para encontrar a fração de valor correspondente a cada usuário por dia. Na apropriação do valor ao pré-natal, este foi multiplicado pelo de número de vezes em que a gestante foi até à Unidade Básica de Saúde para algum atendimento, cálculo este que foi realizado para cada gestante, de forma individualizada, já que cada uma apresentou necessidades distintas, levando números diferentes de idas à UBS;
- **Aluguel:** este é um item que, inicialmente, não havia sido considerado no projeto da pesquisa, mas, como a unidade de

³ IGP-DI – disponível no endereço < <http://www.portalbrasil.net/igp> > acessado em 28 de dezembro de 2012.

⁴ IST – Resolução Federal da Anatel Nº 420 de 25/11/2005 no endereço < <http://www.anatel.gov.br> > acessado em 28 de dezembro de 2012.

pesquisa no ano de 2010 ocupava um prédio alugado, o item foi incluído. Para seu cálculo, foi realizada a busca pelo valor médio por meio da média ponderal anual. Após, foi verificada a metragem total da unidade que na época, era de 120m². Desta forma, o valor médio do aluguel foi dividido pela metragem total e o valor encontrado foi multiplicado pela metragem de cada sala e, em seguida, dividido por um mês de atendimento (30 dias). Assim, estimou-se o custo do aluguel da sala por dia;

- **Limpeza:** o gasto com o serviço de limpeza foi estimado baseado em dois cálculos. O primeiro deles, foi a partir da verificação do tempo médio do profissional dedicado à atividade de limpeza, multiplicado pelo valor do salário/minuto. No segundo momento, foi verificado o valor da fração do material de limpeza utilizado para a higienização das salas.

5.5.2 Estimativa de custo do pré-natal segundo as recomendações do MS.

A construção da estimativa de custo, conforme as recomendações do MS, aconteceu a partir da determinação das atividades a serem desenvolvidas pela equipe e a gestante do decorrer do pré-natal. Para esta estimativa, considerou-se um desenvolvimento pré-natal, conforme recomendado: três consultas médicas, três de enfermagem e duas odontológicas, três visitas no domicílio e uma visita domiciliar. Para o cálculo de exames, foram contabilizados todos os exames laboratoriais e

imagem realizados e, com relação a medicamentos, foram considerados somente o ácido fólico e o ferro quelato, por serem os medicamentos prescritos de rotina.

As atividades administrativas e gerenciais foram calculadas com base no número de seis consultas. Para o cálculo do tempo e do custo das atividades, foram utilizados os princípios adotados para o cálculo da prática, descritos anteriormente.

5.5.3 Apresentação dos resultados

Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de Tabelas, apresentando o custo mínimo, máximo e a média; Gráficos de colunas que proporcionam uma visão mais ampla de valores por categorias e gráficos de segmento para mostrar o crescimento, o decrescimento e a estabilidade, o que proporciona visualizar a diferença de valores por categoria ou período. Foi utilizado o gráfico *boxplot*, conhecido como gráfico de caixas, que permite um olhar simultâneo para a média, mediana, mínimo e máximo, além de detectar a existência de *outliers*⁵³.

O referido gráfico é utilizado para avaliar a distribuição empírica dos dados, sendo formado pelo primeiro e terceiro quartil e pela mediana. As hastes inferiores e superiores se estendem, respectivamente, do quartil inferior até o menor valor, não inferior ao limite inferior e do quartil superior até o maior valor não superior ao limite superior. Sendo o limite inferior do *boxplot* calculado $Q_1 - 1,5 (Q_3 - Q_1)$ e o limite superior calculado $Q_3 + 1,5 (Q_3 - Q_1)$. Nesse sentido serve para fazer uma comparação visual entre dois ou mais grupos, pois quando colocado lado a lado, duas ou mais caixas é possibilitado à comparação de variabilidade entre elas⁵³.

Os gráficos e tabelas apresentam os resultados por grupos de gestantes que tiveram trajetórias distintas no processo de atendimento: o G_1 , com mulheres cuja gravidez transcorreu sem maiores problemas, subdividido em G_{1A} (composto por 34 gestantes que teve o percurso normal da gestação) e G_{1B} (composto por 16 gestantes que foram encaminhadas e atendidas no serviço especializado de urgência) e G_2 , composto por gestantes hipertensas. Uma única gestante, portadora de trombofilia, mereceu uma análise a parte.

Para a apresentação dos resultados referente ao volume de atividades executadas pela equipe de saúde, utilizou-se uma tabela para demonstrar o volume total de atividades realizadas, sendo que o cálculo foi realizado considerando cada gestante individualmente com base nos registros encontrados em cada prontuário.

A partir da identificação do volume de atividades foi possível calcular o tempo total investido pela equipe (Tabela 2) em cada uma das atividades, uma vez que estas foram cronometradas e já era de conhecimento do pesquisador a média do tempo investido pelo profissional em cada atividade. Sequencialmente à identificação do tempo, foi possível estimar o custo total de cada atividade (Tabela 3).

Estudos demonstram que nas gestações de baixo risco a US morfológica realizada entre a 20^a e a 24^a semana de gestação é indicada apenas para confirmação da idade gestacional e detecção de gestação múltipla, não existindo evidências científicas que comprovem seu impacto na redução na taxa de mortalidade perinatal.

5.6 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ao Comitê de Ética em Pesquisa do município de Marília e ao Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde.

As normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas antecedendo à coleta, foi encaminhado à gerência da unidade um ofício esclarecendo os objetivos da pesquisa e os procedimentos da coleta de dados.

Para manter o anonimato, respeitando a ética de pesquisa, a UBS recebeu o codinome de Belas Flores, e as gestantes investigadas foram identificadas como g₁, g₂ até g₅₄ sendo este o número total da amostra.

6 RESULTADOS

Os resultados apontaram que as gestantes acessaram os cuidados dos profissionais que tomaram como referência o conjunto de tecnologias e a organização dos serviços disponíveis na rede municipal de Marília.

Inicialmente, foi interessante apresentar o custo médio das 54 gestantes incluindo os dois Grupos (G_1A e G_1B), G_2 e a gestante portadora de Trombofilia, que resultou em R\$ 592,03, para o custo total do Programa de R\$ 31.969,62. Lembrando que das 54 gestantes, 50 (G_1A e G_1B) eram de baixo risco e quatro de risco (três hipertensas e uma de Trombofilia).

A apresentação dos resultados foi proposta baseada em duas perspectivas, conforme a descrição abaixo. Os gastos foram sistematizados, de forma a preservar a conformação da organização do trabalho local e sustentar o sentido da análise dos dados:

- Custo do pré-natal encontrado na prática do município de Marília e
 - Custo do pré-natal segundo as recomendações do MS.
-

6.1 Perfis das gestantes e alguns indicadores de acesso ao serviço

Entre as gestantes selecionadas, a média de idade foi de 26 anos, a gestante mais jovem tinha 16 anos e a mais velha, 42 anos. Os anos de escolaridade situavam-se entre 2 e 9 anos. A renda familiar média variava entre um a dois salários mínimos, prevalecendo a união estável.

Em relação ao número de filhos, observou-se uma média de 2,3 filhos por mulher, 38,89 % eram primigestas e 9,26 % encontravam-se entre a 5ª e 7ª gestação (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição das gestantes segundo número de gestações. Marília – SP, 2010.

6.2 Acesso ao serviço

No que se refere à idade gestacional e aos trimestres gestacionais, evidenciou-se que 77,77 % delas iniciaram o monitoramento pré-natal no primeiro trimestre, conforme recomendações dos protocolos do MS e de âmbito municipal; e 18,51 %, no segundo trimestre gestacional (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição de gestantes de acordo com a idade gestacional e o período de ingresso no programa pré-natal. Marília – SP, 2012.

O serviço especializado em urgência e emergência para gestantes e crianças está localizado na instituição hospitalar e destina-se ao atendimento às gestantes em situação de risco. A seguir, apresenta-se o fluxograma da organização do serviço pré-natal (Figura 2).

Tomando-se como base o protocolo de atendimento à gestante e a forma como o serviço encontra-se estruturado no município, foi possível organizar o fluxograma apresentado a seguir:

Figura 2 - Organização do atendimento à gestante, na atenção pré-natal, no serviço de saúde no município de Marília – SP.

Gráfico 4 - Distribuição do número de consultas por gestante ao longo do monitoramento pré-natal Marília – SP, 2012.

Portanto nesses primeiros resultados, visualizou-se que as 54 gestantes tiveram trajetórias distintas no processo de atendimento, conforme apresentado na metodologia.

Figura 3 - Agrupamento das gestantes por necessidades para a análise de custo.

6.3 Estimativa de custos diretos e indiretos

6.3.1 Custos diretos

- a Pessoal técnico-administrativo;
- b Exames laboratoriais;
- c Medicamentos;
- d Produtos imunobiológicos; e
- e Material de prestação da assistência;

6.3.2 Custos indiretos

- f Depreciação de equipamentos
- g Aluguel;
- h Infraestrutura; e
- i Depreciação de material.

6.3.3 Custo com pessoal técnico-administrativo

A seguir, os dados da Tabela 2 apresentam o volume de atividade do conjunto de profissionais.

Tabela 2 - Volume de atividades realizadas por categoria de ações e procedimentos às gestantes dos G₁A, G₁B e G₂. USF Belas Flores, Marília – SP, (2012).

Grupo	UBS -												SAMU	HMI		
	Realização TIG	Cons. enf.	Cons. Médica	Cons. Odonto	Coleta exames	Aplic. imunobiológico	Dispen. med.	Conj. ativ. adm.	Atividade grupo de gestantes	Atividade gerenciais da equipe	Cons. puerpério	Atend. aux. odonto	Transp. motorista	Consulta médica	Exames	Adm. de med.
G ₁ A (34)	26	153	179	16	68	14	332	364	5	1.292	36	16	-	-	-	-
G ₁ B (16)	12	79	93	8	32	4	172	91	3	608	15	8	4	85	24	12
G ₂ (3)	3	11	18	0	6	1	29	29	0	114	2	0	-	15	8	1

Tabela 3 - Tempo total investido por categoria de ações e procedimentos às gestantes dos G₁A, G₁B e G₂. USF Belas Flores, Marília – SP, 2012.

Grupo	UBS												SAMU
	Realização TIG	Cons. Enf.	Cons. Médica	Cons. Odonto	Coleta de material biológico	Aplic. Imunobiológico	Dispens. med.	Conj. ativ. Administrativas	Grupo gestantes	Atividade gerenciais da equipe	Cons. puerpério	Atend. Aux. Odonto	Transp. motorista
G ₁ A	9,10h	115,15h	74,58h	5,33h	18,13h	3,50h	77,46h	33,20h	0,15h	65h	20,20h	8h	-
G ₁ B	4,20h	59,25h	38,75h	2,66h	8,53h	1h	40,13h	17,20h	0,09h	30,40h	8,25h	0,40h	4,20h
G ₂	1,05h	47,25h	7,50h	-	1,36h	0,15h	6,76h	2,54h	-	6,10h	1,10h	-	-

Tabela 4 - Estimativa de custo do trabalho dos profissionais por categoria de ações e procedimentos às gestantes dos G₁A, G₁B e G₂. Marília-SP, (2012).

	UBS													SAMU	HMI					
Grupo	Atividade gerenciais da equipe													Ambulância motorista	Consultas Médica			Adm. de med.	Exames	
	Grupo gestantes																			
	Conj. ativ. administ																			
	Dispen med.																			
	Aplic. Imunobiológico																			
	Realização TIG	Cons. Enf.	Cons. Médica	Cons. Odonto	Coleta exames	23	502	169	4	740	336	41								
G ₁ A (R\$)	59	1.948	3.665	153	118	23	502	169	4	740	336	41	-	-	-	-	-	-		
G ₁ B (R\$)	27	1.006	1.904	77	55	6	260	88	3	348	140	21	62	660	520	8				
G ₂ (R\$)	7	802	369	-	10	2	44	15	-	65	19	-	-	132	505	1				

Tabela 5 - Estimativa de gasto *per capita* gestante decorrente do encaminhamento ao HMI. Marília – SP, (2012).

	Gestante																		
	G ₁	G ₄	G ₈	G ₉	G ₁₂	G ₁₃	G ₁₉	G ₂₀	G ₂₄	G ₂₉	G ₃₂	G ₃₄	G ₄₀	G ₄₁	G ₄₅	G ₄₆	G ₅₁	G ₅₂	Total
Valores (R\$)	29,85	72,10	395,37	22,63	104,43	50,93	35,20	22,00	33,62	590,60	504,67	10,00	452,50	24,10	58,06	58,69	193,94	24,43	2.824,48
Media	148,66																		

Os dados das Tabelas 1, 2 e 3 apresentam a produção, o tempo investido e os valores que representam as despesas decorrentes da prestação de cuidados a 54 gestantes na USF e no HMI. Para conectar as duas instituições, foram mobilizados os meios de transporte da Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Assistência Médica e de Urgência (SAMU), para facilitar o deslocamento e o acesso a outro nível de atenção. Por isso, é importante observar que as demandas diferenciadas incorreram em despesas distintas.

Nos dados da Tabela 1, evidencia-se que a enfermagem teve maior quantidade de contatos e oportunidades de cuidados: realização do TIG, consultas pré-natais e de puerpério, coleta e encaminhamento de material biológico para exames, a avaliação das cadernetas de vacinação e aplicação dos produtos imunobiológicos, a recepção das receitas médicas e dispensação de medicamentos.

Além dessas atividades objetivas recomendadas pelo protocolo, existem as educativas essenciais para o cuidado durante a gestação, entre outras invisíveis. Embora invisíveis, o acolhimento, a disposição da escuta, a valorização e a atenção às queixas, a formação de vínculo são determinantes na qualidade dos cuidados, portanto são legítimas no investimento de tempo.

Os dados da Tabela 4 têm o objetivo de ilustrar as despesas decorrentes do atendimento no HMI, sendo as mesmas integradas para visualizar as diferentes conformações de custeio, geradas de acordo com as necessidades das gestantes distribuídas nos G₁B e G₂.

As gestantes do G₁B e do G₂, apresentaram várias intercorrências: parto prematuro, sangramento vaginal, dor intensa no baixo ventre, pico hipertensivo ou suspeita de amniorexe prematura, levando a uma necessidade de avaliação clínica específica, sendo então encaminhadas ao serviço de urgência e emergência. As

avaliações clínicas que demandam encaminhamentos ficaram concentradas no 3º trimestre e ocasionaram a elevação das despesas.

A variação de gastos entre as gestantes pode ser exemplificada por meio do caso de uma secundigesta de 31 anos que ingressou no programa na 5ª semana de gestação, sem patologia de base. Seu gasto total foi de R\$ 504,67, tendo passado por 13 consultas. Essa gestante foi encaminhada ao HMI no início do 2º trimestre, com queixa de dor no quadrante inferior direito e região pélvica. Nesse atendimento, foram repetidos todos os exames de rotina do pré-natal, e a gestante passou a fazer acompanhamento no ambulatório de alto risco com um total de 17 consultas. O número total de consultas foi 30, ou seja, em uma média de 1 consulta por semana, desde a matrícula no ambulatório de alto risco.

Quatro gestantes necessitaram ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência do HMI e utilizaram o SAMU. Assim, foi contabilizado o deslocamento da viatura da base do SAMU até à USF, para levar a gestante até o HMI, e o retorno à base. O percurso foi de 57 minutos (média) e o gasto, de R\$ 61,52.

6.3.4 Estimativa de custo de exames laboratoriais e de imagem

De acordo com o protocolo de pré-natal, as gestantes tiveram acesso aos exames laboratoriais e ao exame de ultrassom nos 1º e no 3º trimestres gestacionais, visando avaliar a saúde materna e a evolução do feto. O Gráfico 10, mostra as variações na demanda de exames por trimestre. Algumas gestantes foram submetidas a exames para avaliação de ácido úrico, TSH, colesterol, entre outros. Os preços de cada exame foram extraídos dos dados da Tabela S I A – SUS e constam em anexo.

Gráfico 5 - stimativa de custo de exames laboratoriais e de imagem por trimestre gestacional dos G₁A, G₁B e G₂. USF Belas Flores, Marília- SP 2012.

O Gráfico 5 G₁A revela que 25,0 % das gestantes não realizaram os exames preconizados no pré-natal, pois quatro ingressaram no programa somente no 2º trimestre e duas, no 3º. Esse fato repercutiu na elevação dos gastos no 2º trimestre, indicado pelo valor da mediana e da amplitude da variação. Outros 25,0 % podem ser visualizados no box, da linha do eixo X até a linha da mediana, espaço que encerra uma diversidade de valores gastos por gestantes. A mediana de gastos foi de R\$ 62,24. Acima da linha mediana, estão 50,0 % das gestantes e observa-se maior homogeneidade de valores, com pico de R\$ 72,00. No 2º trimestre, de 50,0 % das gestantes, 25,0 % tiveram gastos entre R\$ 24,20 e R\$ 49,06. Nos outros 25,0 % representados por linhas pontilhadas, a variação foi de zero a R\$ 24,20, ponto que

coincide com a linha mediana. O 3º trimestre foi semelhante ao 2º, com diferença de R\$ 3,52 a mais.

No G₁B, já adicionados os valores demandados pelo atendimento no HMI, das gestantes atendidas no 1º trimestre, em 25,0 % (Q₁), o gasto variou entre R\$ 0,61 e R\$ 25,62. Das 16 gestantes, três iniciaram o pré-natal tardiamente, o que justifica a sobreposição da linha pontilhada à linha do eixo. Em 25,0% dos casos (Q₂), os gastos ficaram entre R\$ 25,62 e R\$ 68,04. Os outros 25,0 % (Q₃) foram alocados entre R\$ 68,04 e R\$ 76,65. O Q₄ encontra-se assinalado na linha de pico, com gastos de R\$ 76,65. A mediana encontrada foi de R\$ 68,04. No 2º trimestre, o Q₁ variou de R\$ 10,65 a R\$ 24,20, o Q₂ ficou com valor de R\$ 24,20 coincidindo com valor mediano, e Q₃ e Q₄ apresentaram valores entre R\$ 24,20 e R\$ 38,55. No 3º trimestre, o Q₁ representado pela linha pontilhada variou de zero a R\$ 33,21. Uma hipótese para explicar a sobreposição da linha pontilhada com o eixo x é a ausência de registro no prontuário das gestantes.

No G₂ composto por hipertensas no 1º trimestre, o Q₁ apresentou custos entre R\$ 62,54 e R\$ 98,00, o Q₂ entre R\$ 98,00 e R\$ 133,46, o Q₃ entre R\$ 133,46 e R\$ 294,23, o mesmo do Q₄. A mediana foi de R\$ 133,46. No segundo trimestre, o Q₁ ficou entre R\$ 7,88 e R\$ 16,04, o Q₂ variou entre R\$ 16,04 e R\$ 24,20, e este último foi o valor da mediana. O Q₃ apresentou maior dispersão variando de R\$ 24,20 a R\$ 48,39 e mesmo do Q₄. No terceiro trimestre, o Q₁ variou de R\$ 34,25 a R\$ 105,92, o Q₂ ficou de R\$ 105,92 a R\$ 177,58, o Q₃ ficou entre R\$ 177,58 e R\$ 307,39, o mesmo do Q₄. A mediana foi de R\$177,58.

Comparando os dois primeiros subgrupos e o segundo grupo, a mediana mais alta por trimestre foi do G₂, ou seja, R\$ 177,58.

Analisando os exames de imagem realizados durante a assistência pré-natal, verificou-se que foram os que obtiveram a maior adesão, pois 92,59 % das mulheres estudadas fizeram, pelo ao menos, um US obstétrico. Esse exame deve ser feito a critério do médico, de acordo com a necessidade e disponibilidade do serviço.

Tabela 5 - Estimativa em reais de custos mínimo, médio e máximo dos exames laboratoriais e de imagem por gestantes dos G₁A, G₁B e G₂ na UBS e no HMI . Marília – SP, (2012).

Gestante por grupo	UBS			UBS + HMI		
	Mínimo	Média	Máximo	Mínimo	Média	Máximo
G ₁ A	24,81	117,59	219,6	-	-	-
G ₁ B	24,2	108,28	167,8	50,09	159,35	456,24
G ₂	123	128,49	133,62	123	298,36	513,45

Ao verificar os gastos com exames, no G₁A, o gasto mínimo foi de R\$ 24,81 que se refere a uma gestante em sua quarta gravidez aos 37 anos. Realizou nove consultas pré-natais, teve acesso ao teste imunológico de gravidez (TIG) e à ultrassonografia obstétrica. Já o maior gasto foi R\$ 219,60 foi de uma primigesta de 32 anos que realizou seis consultas pré-natais, porém em razão do extravio dos resultados dos exames realizados, teve de repeti-los, o que ocasionou a elevação do custo final.

Os dados evidenciaram elevação importante dos custos quando, além do pré-natal na USF, a gestante também foi atendida no HMI. No G₁B, o custo mínimo passou de R\$24,20 para R\$50,09, o que representou uma elevação de R\$ 25,89 no custo mínimo, de R\$ 51,07 na média e R\$ 288,44 no custo máximo. No G₂, três gestantes foram encaminhadas ao HMI várias vezes. Entretanto, o gasto mínimo foi mantido, visto que uma das gestantes, não utilizou exames laboratoriais nas consultas no HMI. A média, no entanto, elevou-se em R\$169,87, e o gasto máximo em R\$ 379,83.

6.3.5 Estimativa de custo dos medicamentos

Além de ácido fólico e ferro quelato, indicados pelo MS, é frequente o uso de medicamentos em eventualidades, desde náuseas matinais até infecções, crises hipertensivas entre outras.

Gráfico 6 - Estimativa de custo de medicamentos por trimestres dos G_{1A}, G_{1B} e G₂ USF Belas Flores e HMI, Marília- SP, (2012).

O Gráfico G_{1A} demonstra que no 1º trimestre, 25,0 % das gestantes não tiveram acesso aos medicamentos, pois ingressaram tardiamente no programa: quatro no 2º trimestre e duas no 3º. Outros 25,0 % podem ser visualizados no box, da linha do eixo x até a linha da mediana, espaço que encerra uma diversidade de valores gastos. No Q₃, a variação foi de R\$ 1,12 a R\$ 2,12 e no Q₄, de R\$ 2,12 a R\$ 3,35. A mediana foi de R\$1,12. No 2º trimestre, 25,0 % das gestantes tiveram gasto entre zero a R\$ 1,13. O motivo da linha pontilhada deveu-se ao fato de uma gestante não

ter utilizado esse benefício. O Q_4 apresentou um custo de R\$ 2,09 a R\$ 2,94. A mediana foi de, aproximadamente, R\$ 1,62. O 3º trimestre gestacional apresentou o Q_1 em zero, Q_2 entre zero e R\$ 1,00 custo também da mediana; o Q_3 entre R\$1,00 e R\$ 4,00 e o Q_4 entre R\$ 4,00 e R\$5,00.

No HMI, entre as gestantes do 1º trimestre, em 25,0 % (Q_1) o custo variou de zero a R\$ 0,47. Das 16 gestantes, três tiveram o início tardio do monitoramento, o que justifica a linha pontilhada se sobrepor à linha do eixo X. Para as outras 25,0% (Q_2), o custo foi de R\$ 0,47 a R\$ 1,05; os outros 25,0 % (Q_3) foram de R\$ 1,05 a R\$ 2,25. O Q_4 encontra-se assinalado na linha de pico em R\$ 3,41. A mediana foi de R\$ 1,05. No 2º trimestre, o Q_1 entre R\$0,0 e R\$ 0,84, pois uma gestante não utilizou medicamentos. O Q_2 variou entre R\$ 0,84 e R\$ 1,17, sendo que esse último coincidiu com o valor da mediana, R\$ 1,17. No Q_3 , o gasto ficou entre R\$ 1,17 e R\$ 1,69 e no Q_4 entre R\$ 1,69 e R\$ 2,55. No 3º trimestre, o Q_1 foi novamente zero, visto que 25,0 % das gestantes não utilizaram medicamentos em razão do ingresso tardio no programa. No Q_2 , a variação foi de zero a R\$ 0,68 e o Q_3 apresentou uma extensa amplitude decorrente do atendimento das gestantes no HMI, recebendo medicamentos como antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos, e o gasto variou de R\$ 0,68 a R\$ 18,59. No Q_4 , os valores situaram-se entre R\$18,59 e R\$ 19,67.

No G_2 , composto por gestantes que eram hipertensas, o gasto no Q_1 concentrou-se em zero, por provável ausência de registro. O Q_2 ficou na linha da mediana entre R\$ 0,09 e R\$ 0,17 o que também pode estar associado à falta de registro. No Q_3 , variou de R\$ 4,90 a R\$ 9,64. No segundo trimestre, no Q_1 o gasto ficou entre R\$ 1,95 e R\$5,30, o Q_2 entre R\$ 5,30 e R\$ 7,25, no Q_3 de R\$ 7,25 e R\$ 8,70 e no Q_4 , de R\$ 8,70 e R\$ 10,15. A mediana ficou em R\$ 7,25. No 3º trimestre, o

gasto ficou entre R\$ 1,98 e R\$ 3,97 no Q_1 , entre R\$ 3,97 e R\$ 16,07 no Q_2 entre R\$ 16,07 e R\$ 18,16 no Q_3 do mesmo modo que o Q_4 .

Comparando os dois primeiros subgrupos e o segundo grupo, a mediana mais alta dos custos, foi a do G_2 , no 2º trimestre. Os dados da Tabela 3 apresentam o custo total de medicamentos por grupo.

Tabela 6 - Apresentação do custo total de medicamentos por grupo de especificidade. Marília – SP. (2012).

Grupo	Mínimo	Média	Máximo
G_{1A}	-	13,65	39,99
G_{1B}	1,89	13,12	32,35
Hipertensas	11,39	20,9	31,51

No G_{1A} , não foi localizado o registro de prescrição de quaisquer tipos de medicamentos no prontuário de uma gestante primigesta de 25 anos que realizou oito consultas durante todo o período de pré-natal, ficando assim com o gasto zero. O gasto máximo de R\$ 39,99 foi de uma primigesta de 19 anos de idade que realizou sete consultas pré-natais, além da medicação recomendada pelo Ministério da Saúde, foi necessário o uso de antieméticos por um tempo prolongado e também antibióticos em razão de um quadro de infecção urinária, resultando nesse grupo, o gasto médio em R\$ 13,65.

No G_{1B} , o gasto mínimo foi de R\$1,89, decorrente do uso de ferro quelato e ácido fólico durante a gestação. O maior gasto do grupo foi de R\$ 32,35 resultante da necessidade de uso de antibiótico no 3º trimestre.

O G_2 manteve uma média de gasto com medicamentos mais elevada que os dois grupos anteriores, em razão do tratamento da hipertensão. Com isso, o gasto mínimo ficou em R\$ 11,39 no caso de uma secundigesta de 37 anos que realizou nove consultas pré-natais e foi encaminhada para o atendimento de urgência no HMI,

em razão dos picos hipertensivos. Com relação ao gasto máximo, este ficou em torno de R\$ 31,51 referente a uma gestante de 25 anos, vivenciando sua terceira gestação e por ter realizado nove consultas de pré-natal, fez uso de anti-hipertensivos no 3º trimestre e também de antibióticos para tratar uma infecção urinária.

Apesar do maior gasto unitário ter sido do G₂, o G_{1A} demandou com mais frequência o uso de antibióticos, para tratar infecções urinárias e infecções ginecológicas.

6.3.6 Estimativa de custo dos imunobiológicos

O gasto com vacinas atingiu o valor mínimo de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos), e o valor máximo ficou em R\$ 9,36 (nove reais e trinta e seis centavos), e do total de 54 gestantes que compuseram a amostra, somente sete gestantes foram vacinadas, sendo a maioria primigestas.

6.3.7 Custo Administrativo

Finalizando o custo direto, apresenta-se o gasto com material de escritório, o qual foi de R\$77,76 e a média de R\$ 1,44.

O gasto relativo ao consumo de material assistencial foi de R\$ 845,05, uma média de R\$ 25,05 por gestante.

A seguir os dados da Tabela 4 apresentam o custo referente ao consumo de material.

Tabela 7 - Apresentação do custo referente a consumo de material. Marília – SP, (2012).

Materiais	Custo total (R\$)	Custo unitário (R\$)
Material assistencial	845,05	25,05
Material de escritório	77,76	1,44
Total	922,81	26,49

6.3.8 Custo Indireto

Os custos indiretos foram considerados todos os que necessitaram de uma estratégia de cálculo de rateio. Na utilização do material permanente, foi calculado o custo de depreciação, e esse item atingiu o custo de R\$ 469,05, apresentando uma média de R\$10,47 por gestante. O custo de energia elétrica foi de R\$ 1,3 no total e um gasto médio de R\$0,02 por gestante. A água apresentou um custo total de R\$ 0,39 e o aluguel do prédio de R\$ 731,61, equivalente a R\$ 13,54 por gestante.

Os dados da Tabela 8 apresentam a infraestrutura de uso das gestantes de acompanhamento pré-natal.

Tabela 8 - Custo relacionado à infraestrutura conforme o uso das gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal na USF Belas Flores. Marília – SP, (2012).

Materiais	Custo total (R\$)	Custo unitário (R\$)
Energia elétrica	1,33	0,02
Água	0,39	0,007
Aluguel	731,61	13,54
Telefone	603,18	11,17
Depreciação	469,54	10,47
Total	1.806,05	35,20

Assim, foram expostos todos os itens que compuseram o monitoramento pré-natal, possibilitando a visualização do custo pré-natal desde o primeiro contato da gestante com a equipe de saúde da família até a consulta puerperal.

Gráfico 7 - Estimativa de custo da atenção pré-natal por trimestre gestacional e puerpério, dos grupos G₁A, G₁B e G₂. USF Belas Flores. Município de Marília – São Paulo, (2012).

Neste momento, é possível observar a estimativa de custo nos trimestres gestacionais e também nas consultas puerperais. O Gráfico do G₁A demonstra que 25% das gestantes despenderam entre zero e R\$ 30,66, uma vez que seis gestantes desse grupo iniciaram o pré-natal, após o primeiro trimestre gestacional. Os outros 25% que compõem o Q₂, apresentaram uma estimativa de custo concentrada entre R\$ 30,66 e R\$ 93,23 conforme pode ser visualizado no *box*. A mediana de gastos foi de R\$93,23. No Q₃, o gasto variou de R\$ 93,23 a R\$ 131,15 e no Q₄, de R\$ 131,15 e R\$ 233,75. No 2º trimestre, 25,0% das gestantes apresentaram um gasto de R\$ 24,20 a R\$ 87,89 (Q₁). A linha pontilhada deveu-se ao fato de uma gestante ter se

diferenciado de forma importante das demais do grupo. A mediana foi de R\$ 107,82. O Q₃ apresentou um custo de R\$ 107,82 a R\$ 170,46, e o Q₄ mostrou maiores despesas, chegando a R\$290,00. No 3º trimestre gestacional, o gasto girou entre R\$ 18,07 e R\$ 140,14, no Q₁ a mediana ficou em, aproximadamente, R\$ 140,14. Já no Q₃, o gasto variou de R\$ 175,74 e R\$ 223,37, e no Q₄ entre R\$ 223,37 e R\$ 332,54.

O custo do puerpério apresentou-se bastante concentrado, e no Q₁ o mínimo ficou em zero, uma vez que várias gestantes não retornaram à UBS após o parto, o Q₂ ficou entre R\$ 9,00, o Q₃ em R\$ 18,00 e, por fim, no Q₄ o custo foi de R\$ 53,98.

No G₁B, já adicionados os valores demandados pelo atendimento das gestantes no HMI observou-se que, no 1º trimestre para 25,0% (Q₁), o gasto variou entre R\$ 25,89 e R\$ 81,59. Das 16 gestantes, três iniciaram o pré-natal tardiamente, o que justifica a linha pontilhada se aproximar-se à linha do eixo X. As outras gestantes, 25,0 % (Q₂), os gastos ficaram entre R\$ 81,57 e R\$ 106,31. A mediana encontrada foi de R\$ 106,31. Nos outros 25,0 % (Q₃), as despesas situaram-se entre R\$ 106,31 e R\$ 156,03 e no Q₄ encontram-se assinaladas na linha de pico entre R\$ 156,03 e R\$ 197,70. No 2º trimestre, no Q₁ o custo ficou entre R\$ 64,25 e R\$ 99,70, no Q₂, entre R\$ 99,70 e R\$ 132,87, esse último coincide com o valor mediano de R\$132,87. No Q₃, o gasto ficou entre R\$ 132,87 e R\$ 185,73 e no Q₄, entre R\$ 185,73 e R\$ 217,07.

Os custos no 3º trimestre variaram de R\$ 86,32 e R\$ 195,50 no Q₁, uma vez que todas as gestantes acessaram alguns dos serviços disponibilizados pela UBS. O Q₂ apresentou uma variação de R\$ 195,50 e R\$ 237,64, o Q₃ de R\$ 237,64 e R\$ 285,74 e o Q₄ de R\$ 285,74 e R\$ 319,41. E a mediana ficou em R\$ 230,00.

O gasto com puerpério para as mulheres desse G₁B apresentou concentração de 100,0 % com valores entre R\$ 18,18 e R\$ 18,79, ressaltando-se que somente algumas mulheres retornaram para a consulta puerperal.

No G₂, constituído por gestantes hipertensas, o gasto do Q₁ ficou ente R\$ 132,63 e R\$ 243,66 e o Q₂ entre R\$ 243,66 e R\$ 354,70. A mediana foi de R\$ 354,70. No Q₃, o gasto variou entre R\$ 354,70 e R\$ 426,66 e no Q₄ entre R\$ 426,66 e R\$ 498,61. No 2º trimestre, o custo no Q₁ variou de R\$ 70,68 e R\$ 85,89 e no Q₂, entre R\$ 85,89 a R\$ 101,11. A mediana foi de R\$ 101,11. No Q₃, o gasto ficou entre R\$ 101,11 e R\$ 166,56 e no Q₄ entre R\$ 166,56 e R\$ 232,01.

No 3º trimestre, as despesas no Q₁ situaram-se entre R\$ 108,75 e R\$ 200,45 e no Q₂ entre R\$ 200,45 e R\$292,15. A mediana foi de R\$292,15. No Q₃, os valores foram entre R\$ 292,15 e R\$ 481,10 e no Q₄ de R\$ 481,00 e R\$670,04. Do mesmo modo que nos demais grupos houve um gasto entre R\$ 0,61 a R\$ 18,79.

Comparando os dois primeiros subgrupos e o segundo grupo, a mediana mais alta foi a do G₂, no 1º trimestre. Outro aspecto relevante, visualizado neste gráfico, foi a variação mínima do gasto no puerpério, uma vez que somente 44 gestantes realizaram consultas após o parto.

Os dados da Tabela 6 apresentam a estimativa de custo do pré-natal.

Tabela 9 - Apresentação da estimativa de custo do pré-natal de baixo risco, por perfil estabelecido entre as gestantes. Marília – SP

Grupo de gestantes	N	Mínimo	Média	Máximo
G ₁ A	34	193,79	415,42	685,05
G ₁ B	16	295,86	529,77	1042,8
G ₂	3	330,85	663,09	903,94

No G₁A, composto por 34 gestantes, o custo mínimo foi entre R\$ 193,79 e refere-se a uma gestante de 40 anos, multigesta, que vivenciava a quinta gestação,

tendo realizado apenas quatro consultas durante o período gestacional, sem ter participado de grupo de orientação e tão pouco retornado à consulta puerperal. Já o custo máximo foi entre R\$ 685,05, custo do pré-natal de uma secundigesta com 26 anos que realizou 16 consultas, participou do grupo de orientação e realizou consulta puerperal precoce. O gasto médio do grupo foi de R\$ 415,42, para gestantes que realizaram em média nove consultas pré-natais. Seis pacientes acessaram ao serviço odontológico, atividade também recomendada pelo protocolo do MS.

No G₁B, em que as gestantes necessitaram da UBS e do HMI, o custo mínimo ficou em R\$ 295,86, e o gasto máximo em R\$ 1.042,80, obtendo-se um gasto médio de R\$ 532,17.

Os cuidados às gestantes do G₂ implicaram custo mínimo de R\$ 330,85 e máximo de R\$ 903,94. A média desse grupo foi de R\$ 663,09. Duas gestantes necessitaram de assistência no HMI por picos hipertensivos, apresentaram cefaleias e trabalho de parto prematuro, fatores esses responsáveis por 48,7 % do gasto médio do grupo.

Gráfico 8 - Estimativa de custo da atenção pré-natal por grupos, segundo as condições gestacionais. Unidade de Saúde Belas Flores. Município de Marília – SP 2012.

No Gráfico 13, observa-se que o G_{1A}, apresentou gastos entre R\$200,00 e R\$700,00, sendo R\$ 200,00 e R\$370,00 no Q₁ e entre R\$ 370,00 e R\$ 420,00 no Q₂. A mediana de gastos foi de R\$ 420,00. No Q₃, os custos situaram-se entre R\$ 420,00 e R\$ 500,00 e no Q₄ entre R\$ 500,00 e R\$700,00.

No grupo G_{1B} no Q₁ o gasto variou entre R\$ 370,00 e R\$450,00, no Q₂, entre R\$ 450,00 e R\$ 530,00. A mediana foi de R\$ 530,00. No Q₃, o gasto ficou entre R\$ 530,00 e R\$ 600,00 e no Q₄ entre R\$ 600,00 e R\$ 780,00.

O G₂ foi o grupo que apresentou o maior gasto no período pré-natal e no Q₁ variou entre R\$ 300,00 e R\$ 600,00 e no Q₂ entre R\$ 600,00 e R\$ 900,00. A

mediana desse grupo ficou em R\$ 900,00. No Q_3 , o gasto ficou entre R\$ 900,00 e R\$ 1.100,00 e no Q_4 entre R\$ 1.100,00 e R\$ 1.300,00.

O gráfico possibilita visualizar a diferença entre os grupos da distribuição dos gastos e pode ser visto que o G_{1A} e o G_{1B} apresentaram menor variação de gastos em relação ao grupo G_2 .

Ao dados da Tabela 10 mostram a composição da estimativa de custo dos G_{1A} , G_{1B} e G_2 . A coluna que corresponde ao G_{1A} é a que mais bem representa um percurso normal no atendimento ou monitoramento pré-natal. O G_{1B} também apresenta proximidade no percurso normal, entretanto houve a necessidade de encaminhamentos ao serviço de urgência e emergência no HMI. As gestantes que integravam o G_2 , deveriam ficar sob os cuidados de um ambulatório de especialidades ou de um serviço especializado.

Frente aos objetivos estabelecidos neste estudo, convém analisar os custos dos grupos G_{1A} e G_{1B} , cotejando-os com gasto pré-natal em todas as recomendações ministeriais.

Os dados da Tabela 7 apresentam o custo unitário do pré-natal.

Tabela 10 - Custo unitário do pré-natal por G_{1A} , G_{1B} e G_2 , Marília – SP, 2012

	G_{1A} (R\$)	G_{1B} (R\$)	G_2 (R\$)
Trabalho dos profissionais	276,38	304,32	280,75
Exames	117,59	108,28	128,49
Encaminhamento ao HMI	-	152,51	232,14
Medicamentos	13,65	13,12	20,9
SAMU	-	61,22	61,22
Vacina	0,48	0,17	0,12
Material assistencial de consumo	25,05	25,05	25,05
Material de escritório de consumo	1,44	1,44	1,44
SUBTOTAL	434,59	666,11	750,11

	G ₁ A (R\$)	G ₁ B (R\$)	G ₂ (R\$)
Custo Indireto	Material permanente	10,47	10,47
	Energia elétrica	1,33	1,33
	Água	0,007	0,007
	Aluguel	13,54	13,54
	Telefone	11,16	11,16
SUBTOTAL		36,507	36,507
TOTAL		471,09	702,61

6.4 Estimativa de custo do pré-natal realizado pela gestante portadora de trombofilia

Optou-se por apresentar, em separado, a estimativa de custo do pré-natal da gestante portadora de Trombofilia, já uma vez que suas condições mereciam assistência e monitoramento em outro nível de atenção. No entanto, não constava na documentação, porém, por meios informais, a pesquisadora soube que a gestante encontrava-se sob os cuidados dos profissionais do ambulatório de alto risco do HMI. Os registros no prontuário informavam que no 2º trimestre gestacional, a gestante apresentou um episódio de sangramento vaginal e, após este episódio, passou a ser assistida pelos profissionais da UBS associada ao ambulatório do HMI, o que modificou o custo de seu pré-natal.

Pelo histórico levantado, essa gestante teve acesso a 16 consultas ao todo, sendo oito na UBS e oito no ambulatório de alto risco. Importa esclarecer que os dados apropriados foram provenientes da UBS e parte deles do HMI em atendimento de urgência. O percurso do atendimento no ambulatório de alto risco estava fora do plano de coleta, mas necessitou ser realizado para complementar as informações obtidas na UBS. Outro aspecto que deve ser mencionado é o fornecimento de

medicamentos: os produtos farmacêuticos prescritos pelos profissionais do HMI foram dispensados na UBS em questão.

Os dados da Tabela 11 apresentam a estimativa de custo da gestante com trombofilia.

Tabela 11 - Estimativa de custo do pré-natal da gestante portadora de Trombofilia segundo atendimento nas instâncias da UBS e HMI. Marília, 2012.

ATIVIDADE	UBS	SAMU	HMI	TOTAL
Consultas	203,61	-	92,60	296,21
Exames	115,12	-	497,40	612,52
Medicamentos	1.263,73	-	-	1.263,73
Ambulância + motorista	-	61,22	-	61,22

Os dados da Tabela 12 mostram estimativa de custo unitário no pré-natal da gestante com Trombofilia.

Tabela 12 - Estimativa de custo unitário do pré-natal da gestante portadora de trombofilia Marília – SP, (2012).

	G29 (R\$)
Trabalho dos profissionais	203,61
Exames	115,12
Encaminhamento ao HMI	590,60
Medicamentos	1.263,73
SAMU	61,22
Vacina	0,36
Material assistencial de consumo	78,39
Material de escritório de consumo	1,44
Custo direto	SUBTOTAL
	2.314,47
Material permanente	10,47
Energia elétrica	1,33
Água	0,007
Aluguel	13,54
Telefone	11,16
Custo Indireto	SUBTOTAL
	36,507
	TOTAL
	2.350,97

6.5 Projeção de custos, conforme o programa de atenção pré-natal do MS

Para estimar os gastos de atenção pré-natal à luz do protocolo do MS, foram consideradas todas as atividades preconizadas. Adicionaram-se algumas atividades a mais, pois as mesmas eram decorrentes, obrigatoriamente, do trabalho em equipe de Saúde da Família.

Gráfico 9 - Distribuição do tempo unitário em minuto por atividades conforme o protocolo de pré-natal, em ordem decrescente. UBS Belas Flores. Marília, SP, (2012).

Para estimar os gastos da atenção pré-natal conforme as recomendações ministeriais, os seguintes pressupostos foram tomados como base, NASF (Tabelas 20 e 21):

- A Unidade Básica de Saúde que funciona na modalidade de Saúde da Família com delimitação de abrangência;
- O trabalho de uma equipe padrão, ou seja, aquele que conta com um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde;
- As consultas médicas e de enfermagem disponibilizadas em sequências alternadamente;

-
- As equipes de trabalhos administrativos e de apoio na dispensação de medicamentos;
 - A equipe de odontologia e seus auxiliares;
 - A consulta de puerpério e a visita domiciliária realizada pela enfermeira;
 - A visita domiciliária realizada pela enfermeira;
 - A base de tempo de acordo com o Gráfico 10; e
 - A base de exames e medicamentos, de acordo com os valores médios do G₁A

O Gráfico 11 sintetiza o tempo médio necessário para cada procedimento e cuidados e os dados da Tabela 13, os gastos em recursos humanos em uma USF.

Tabela 13 - Estimativa de custos do trabalho dos profissionais segundo o tempo dedicado à atenção pré-natal. Marília – SP,(2012).

		Atividades														
		Diag. TIG	Cons. Enf.	Cons. Médica	Cons. odonto	Coleta exames	Avaliação do estado vacinal e aplic. Imunobiológico	Dispensação de med.	Conj. ativ. administrat	Ativ educativas às gestantes	Atividade gerenciais da equipe	Cons. puerpério	Atend. Aux. Odonto	Visita no domicilio	Visita Domiciliária	TOTAL
	Frequência	1	3	3	2	2	1	6	26	3	36	2	2	8	1	-
Elementos	Tempo por Ativ (min)	20	150	90	30	30	20	90	156	9	108	70	40	240	30	1083
	Estimativa custo (R\$)	2,16	42,45	73,71	14,37	3,24	2,16	9,72	13,41	0,3	10,26	19,81	3,44	20,64	8,49	224,16

Os dados da Tabela 11 mostram a estimativa de custo dos medicamentos por trimestre.

Tabela 14 - Estimativa de custo dos medicamentos preconizados por trimestre gestacional pelo protocolo do MS no período gestacional. Marília – SP, (2012).

Medicamentos	Trimestre gestacional		
	1º	2º	3º
	Valor (R\$) *	Valor (R\$) *	Valor (R\$) *
Ácido Fólico	0,728	1,092	-
Ferro Quelato	-	0,84	0,84
SUBTOTAL	0,728	1,932	0,84
TOTAL			3,5

Os dados da Tabela 12 mostram o custo das atividades.

Tabela 15 - Custo das atividades conforme preconizado pelo MS. Marília. SP, (2012).

	MS (R\$)
Trabalho dos profissionais	254,96
Exames	195,70
Encaminhamento ao HMI	-
Medicamentos	3,50
SAMU	-
Vacina	8,66
Material assistencial de consumo	25,05
Material de escritório de consumo	1,44
SUBTOTAL	489,31
Material permanente	10,47
Energia elétrica	1,33
Água	0,08
Aluguel	-
Telefone	11,16
SUBTOTAL	23,04
TOTAL	512,35

Nos dados da Tabela 15 observa-se que mesmo em situação hipotética de projeção de recursos necessários, a folha de pagamento do pessoal comprometeria mais de 50,0 %, sendo a primeira na absorção dos recursos empregados. O segundo maior custeio seria para exames recomendados pelo protocolo, com vistas à vigilância da saúde, diagnóstico precoce de agravos e intervenção da tecnologia de

terapêutica ou de prevenção. Os medicamentos emergiram com percentual reduzido, pois, estão classificados como suplementos vitamínicos que não onerariam o orçamento. O que nos chama a atenção, como item de custo direto são os produtos imunobiológicos que representariam 1,73% em termos de absorção dos dados dos recursos, valor bastante reduzido frente à eficácia e efetividade desses produtos.

Face aos objetivos estabelecidos, cumpre prosseguir na apresentação dos resultados, possibilitando expor a base de prática de assistência pré-natal de baixo risco e a projeção de custo face às recomendações do protocolo do governo federal.

Com relação à recomendação do protocolo MS, os exames laboratoriais correspondem a 41% do total de gastos do pré-natal, conforme mostrado nos dados na Tabela 15 corresponde ao segundo maior gasto do pré-natal.

A tabela 16 reúne os dados consolidados da USF analisada e os projetados para o modelo hipotético, conforme o protocolo vigente. Optou-se por exibir os G₁A e G₁B por serem grupos representativos do pré-natal de baixo risco.

Tabela 16 - Custo unitário do pré-natal por G₁A, G₁B e MS. Marília – SP, 2012.

		G ₁ A (R\$)	G ₁ B (R\$)	MS (R\$)
Custo direto	Trabalho dos profissionais	276,38	304,32	254,96
	Exames	117,59	108,28	195,7
	Encaminhamento ao HMI	-	152,51	-
	Medicamentos	13,65	13,12	3,50
	SAMU	-	61,22	-
	Vacina	0,48	0,17	8,66
	Material assistencial de consumo	25,05	25,05	25,05
	Material de escritório de consumo	1,44	1,44	1,44
	SUBTOTAL	434,59	666,11	489,31
Custo Indireto	Material permanente	10,47	10,47	10,47
	Energia elétrica	1,33	1,33	1,33
	Água	0,007	0,007	0,08
	Aluguel	13,54	13,54	-
	Telefone	11,16	11,16	11,16
	SUBTOTAL	36,507	36,507	23,04
	TOTAL	471,10	702,62	512,35

Verifica-se que, na prática, o G_1A apresentou valor inferior ao projetado e o G_1B apresenta-se com valores diferenciados em relação ao projetado, em virtude dos gastos decorrentes do HMI.

7 DISCUSSÃO

O período gestacional é reconhecido como uma fase de grande vulnerabilidade. No Brasil, coube aos organizadores dos serviços públicos e aos movimentos feministas imprimirem importante evolução no cuidado pré-natal ao longo das décadas. O PMI foi inaugurado na década de 1970 e em meados de 1980, o PAISM em que foram investidas substanciais transformações, depois com o PHPN foram enfocados a humanização no pré-natal e o acesso ao parto. Em 2011, a Rede Cegonha foi lançada e ampliou o compromisso dos gestores com os cuidados em *rede*⁵⁵ às gestantes e aos recém-nascidos.

Pelo fato de não haver recursos suficientes para atender a todas as necessidades de saúde, a priorização pelo programa pré-natal em detrimento de outros sinaliza clara determinação por parte do governo na política de gastos^{9, 10, 22}.

Alguns aspectos da metodologia valem ser discutidos sobretudo, no que se refere à coleta de dados que foi difícil para ser concretizada, pela dispersão geográfica das instituições que dispunham de dados, em função da inexistência de um sistema contábil-financeira na unidade pesquisada. O fato é antigo, pelo fato, de uma unidade básica portar o *status* de uma unidade de despesa (UD) e não poder assumir a governabilidade sobre o planejamento e orçamento de seus próprios recursos. Desta forma, constata-se que a situação jurídica não se alterou, como política pública, pós-Reforma Sanitária. Nem mesmo o sucesso da plena municipalização das unidades de atenção básica e a exitosa reformulação do tecido organizacional para a Saúde da Família não se modificaram essa realidade. Interpreta-se que essa falta de autonomia gerencial seja decorrente de decisão

política, indicando a persistência dessa cultura organizacional. A situação revela que a decisão e o dimensionamento dos recursos encontram-se centralizados na SMS, contrariando os pressupostos da diretriz organizativa do SUS.

Nesse raciocínio, é oportuno lembrar que a USF pesquisada assumia cuidados não só das gestantes de baixo risco, mas incluía gestantes de risco, como: hipertensas e a portadora de Trombofilia; o que propiciou um contexto único de estudo, favorecendo a identificação dos custos diferenciados por necessidades distintas e dos fatores que determinavam a elevação de custos.

Avaliar gastos em atenção básica é um aspecto pouco explorado, contudo a literatura indica a emergência dessa necessidade, pelo grau de dimensão política e pela consistência técnica que a atenção básica vem assumindo para compor o Sistema de Saúde^{28,29,30,31,32} como também pela perspectiva de fornecer informações de *feedback* aos profissionais que estão engajados no desenvolvimento dos Programas, a exemplo do pré-natal.

Diante dos perfis da população estudada, a pesquisa revelou um custo unitário geral de R\$ 592,03. É interessante comparar esse resultado, inicialmente, com os da literatura nacional publicados, entre 2010 e 2011, realizados em zona leste, município de São Paulo e Recife, em Pernambuco, respectivamente^{28,30}. A metodologia adotada para o estudo em São Paulo³⁰ assemelha-se à fonte de informações e processo de coleta com a presente pesquisa e a de Recife²⁸ mas, diferenciou-se na fonte de dados e objetivou uma avaliação econômica em custo-consequência, com necessária contabilização do valor de custo unitário. O estudo de São Paulo indicou um custo final unitário de R\$ 777,74³⁰ e o de Recife, R\$ 193, 13²⁸. A diferença observada entre esses dois estudos e o presente deve estar condicionada ao caminho metodológico, processo de trabalho captado e os preços dos recursos,

vigentes em respectivos locais e períodos, associados às políticas salariais. Observou-se que o resultado estimado em São Paulo aproximou-se do revelado em Marília, marcando uma diferença de R\$ 185,71, embora sejam de períodos distintos^{28,30}. Acredita-se que a hipótese elegível sejam os valores da composição salarial, pois, o total da remuneração vigente em São Paulo era maior em todas as categorias profissionais, apesar da estrutura da remuneração serem semelhantes. Outro aspecto que vale assinalar é em relação ao número de consultas acessadas pelas gestantes: na presente pesquisa, a média foi de nove consultas, a de São Paulo indicou a média de sete consultas³⁰ e em Recife foi pouco mais de um $(1,2)^{28}$ por gestante^{17, 19, 20}. Argumenta-se que esse aspecto interferiu na contabilização das despesas que incorreram na atenção pré-natal, mesmo utilizando para outras despesas a Tabela S I A- SUS.

Retomando o custo unitário geral de R\$ 592,03 desta pesquisa, é prudente examiná-lo com cautela, visto que o valor médio mascara as particularidades evidenciadas nos resultados de gestantes dos G_{1A}, G_{1B}, G₂ a portadora de Trombofilia.

O custo unitário que engloba todas as 50 gestantes de baixo risco G₁ resultou em R\$ 545,17. Nesta perspectiva, faz-se necessário um exame entre G_{1A} e G_{1B}. Identificou-se em G_{1A} o custo unitário de R\$ 471,09, composto por 34 gestantes que não apresentaram intercorrências. Já o G_{1B} composto por 16 gestantes com algumas intercorrências, o custo unitário estimado foi de R\$ 702,61.

As 34 gestantes do G_{1A} foram as que mais se aproximaram das recomendações do MS⁴, por se tratar das que apresentaram cursos normais durante a gestação. As mulheres do G_{1B} tinham características de gestações de baixo risco, mas, que precisaram de encaminhamento ao HMI em virtude das intercorrências que

emergiram de forma concentrada no terceiro trimestre gestacional. Tais encaminhamentos demandaram cuidados específicos, como consultas com especialistas e exames, que incidiram no custo final, unitário do grupo.

No grupo G₂ composto por três gestantes, identificou-se um custo de R\$ 786,61. Foram agrupadas gestantes hipertensas, fato que demandou vários encaminhamentos ao HMI com vistas ao atendimento especializado, o que onerou a realização de exames laboratoriais, alguns específicos, motivando assim um diferencial médio de R\$ 232,14.

A gestante com Trombofilia (g29) mereceu uma análise em separado dos demais grupos por ser considerada gestação de risco. Na prática, identificou-se que esta gestante estava sendo monitorada pelos profissionais da ESF e do ambulatório de especialidade, Centro Regional de Referência para gestações de risco. O custo final apropriado entre a ESF e HMI resultou em R\$ 2.350, 97. O componente medicamento representou 53,75% do gasto, em função do uso obrigatório e contínuo de heparina (SC). Isto, sem contar as despesas que incorreram no ambulatório de especialidade; certamente, para o Sistema gerou outras despesas não apropriadas pela pesquisadora. Se compararmos com o custo unitário geral do G₁ de R\$ 545,17 e o resultado da gestante com Trombofilia representaria 4,3 vezes mais. Diante disto, é possível afirmar que as necessidades de saúde revertidas em ações de cuidados, geram unidades de gastos na contabilização dos custos. Na atualidade, adverte-se que emergem visões críticas no campo de serviços, recomendando apropriar-se das ações que não foram realizadas, pressupondo-se que uma ação não executada pode gerar resultados negativos⁶⁸.

Após esta discussão introdutória dos resultados, é importante analisar os perfis dos principais componentes das despesas que incidiram no atendimento do

pré-natal, conforme a ordem de: trabalho dos profissionais, exames laboratoriais e de imagem, medicamentos, produtos imunobiológicos e os gastos com infraestrutura.

Evidenciou-se que o percentual de gasto em folha de salários, no conjunto de grupos, representou 47,89% do gasto de R\$ 15.311,70. Sobre esse percentual, o da categoria médica representou 45,5% (R\$ 5.938,00) e a de enfermagem 40,5% (R\$ 5.276,00). Estes resultados estão aproximados com o do trabalho realizado em São Paulo³⁰. De acordo com as diferenças e as características dos grupos, o G1A indicou 58,66%, o G1B, 43,31% e o G2, 35,69% do total de gastos do grupo, o que chamou a atenção o fato do mesmo elemento de custeio apresentar percentual distinto entre os grupos, gerando variações na composição dos gastos.

Ainda com relação aos profissionais, o fator tempo, estudado nesta pesquisa, complementou as razões dos diferenciais de custos^{46,47,48}. Além de evidenciar a especificidade do processo de trabalho da equipe, permitiu deduzir os valores monetários subjacentes a ele. Nos dados da Tabela 2, observa-se que o tempo foi extraído da média de 11 horas por gestante. Conforme demonstrado nos dados da Tabela 3, no geral, a categoria de enfermagem dedicou o maior tempo de contato com a população estudada: 251 h e 20. Neste contexto, a consulta de enfermagem foi a ação que onerou mais tempo do pré-natal. O profissional médico investiu um total de 121 h e 30. Revertendo o tempo em custo, esse profissional médico foi o fator determinante pelo maior gasto com folha de pagamento: R\$ 5.938,00, ou seja, 45,5%. No segundo plano, pela enfermagem com um gasto de R\$ 5.276,00. Adverte-se aqui que não se contabilizou a atuação da equipe NASF. O resultado do trabalho realizado em São Paulo incluiu a atuação da equipe NASF, capturado na documentação da assistência³⁰.

Além do custo da folha de pagamento, outro aspecto foi o tempo de cuidado. Na verdade, a razão do estudo do tempo constituiu-se em uma variável meio, posto o objetivo de alcançar a análise de quais atividades demandavam mais tempo e que reflexos traziam em termos de custo. Esses aspectos já foram expostos na metodologia^{46,47}, o que motivou trazer à tona no capítulo da discussão, foi o pressuposto de que para gerar cuidados, onera tempo. Reconhece-se que este não é o foco principal deste trabalho. É um aspecto, presente nas ESF com o objetivo de mensurar resultados, pois há um consenso de visão produtivista no trabalho⁶⁷.

Constatou-se a amplitude da variação do tempo de 4 a 18 horas de contato profissional/gestante, apesar do tempo médio investido por gestante ter sido 11 horas. Em contrapartida, o número médio de consultas foi nove consultas por gestante, quando esta variou de quatro a 16 consultas. Análogo a esse raciocínio, o resultado inspira pensar o tempo total da gestação de um bebê para vir á termo. Seguramente de, 38 a 42 semanas, o que corresponderia, quase, 273 dias ou 6.552 horas. O tempo apurado, médio de 11 horas, envolve as 54 gestantes, representando 0,16 %. Nesse sentido, a título de refletir as horas de envolvimento profissional com as gestantes, a indagação que emerge é se quatro consultas dirigidas à mulher, foram suficientes para sanar as necessidades de um período tão singular. Este aspecto será retomado adiante sob a visão de processo de cuidados^{48,49,67}.

Com base nesses dados, pode-se indagar a distribuição de cuidados por gestante, já que o preconizado é de seis consultas, conforme o protocolo pré-natal. O presente estudo tomou como referência principal o protocolo de atenção pré-natal do município, mas sustentado no entendimento de que o protocolo é um guia, um padrão técnico operacional. Não se entende o protocolo, como meio de rotinização do trabalho. A equipe da ESF é uma matriz geradora de trabalho que porta um modelo

de organização de trabalho em equipe e com potencial de estabelecer relação de trabalho, com vistas a identificar as necessidades e transformá-las em ações. Assim, o foro é fornecer cuidados equitativos.

Os exames foram a segunda e maior categoria voltada a gastos. O gasto geral em exames nos exames dos 54 gestantes resultou em R\$ 6.231,13, representando 21,0% do total. Dos grupos, o G_{1A} gastou em exames laboratoriais, 24,96%, e o G_{1B}, 15,41%. Neste último grupo, o percentual foi válido ao considerar somente os exames realizados na USF, porém as mesmas gestantes necessitaram ser encaminhadas ao HMI, o que implicou repetição de alguns exames e realização de outros, elevando para 29,64%. Isto não se observou com as gestantes do G_{1A}. No G₂, o gasto com exames indicou 38% do total, isto porque essas gestantes realizaram exames na USF e, posteriormente necessitaram, de acompanhamento no HMI onde fizeram vários exames complementares.

A análise dos exames de imagem durante a assistência pré-natal revelou que é o exame de maior adesão das gestantes: 92,59 % das mulheres acessou pelo menos, um US obstétrico. É um exame que as pais têm grande expectativa para conhecer a formação fetal, reduz ansiedade além de favorecer laços entre mãe e feto. Isto sem considerar a necessidade inconsciente do ser humano em ter contato com a tecnologia oferecida^{49,62}. Os exames de imagem corresponderam de 3% a 5% do gasto total.

Verificou-se uma elevação de 21,70% e 16,33% do custo unitário entre as gestantes dos grupos G_{1B} e G₂, respectivamente, considerados os gastos na UBS e no HMI. Entre as gestantes encaminhadas ao HMI, a média de gasto foi de R\$ 148,66, mas houve uma variação entre R\$ 10,00 e R\$ 590,60,

A terceira categoria foi a de medicamentos. Os mais utilizados pelas gestantes foram das classes de antieméticos, antiespasmódicos, analgésicos, anti-infecciosos, antibióticos, além do ácido fólico e ferro quelato.

Verificou-se que os gastos de medicamentos oneraram R\$ 2.000,45, representando 6,75% do total, incluindo os gastos que incorreram com a gestante de Trombofilia. Se, a excluíssemos, por ser inusitada na atenção básica, o valor ficaria em R\$ 736,72, correspondendo a 2,48%; e o G_{1A} gastou R 464,10, representando 2,89% do total. O G_{1B} teve R\$ 209,92 que representou 1,86% do total. Apesar de medicamentos corresponderem a uma porcentagem menor comparados aos demais componentes, foram muito além do previsto no protocolo do MS que recomenda o ácido fólico e o ferro quelato.

Nesta análise de custos, cabe um olhar crítico sobre os exames, medicamentos e produtos imunobiológicos, pois são produtos da área de saúde submetidos à intensa inovação tecnológica no mercado, envolvendo os setores públicos e privados^{49, 62}. Considerando que só foi computado o quantitativo registrado nos prontuários e conferidas as fichas espelho arquivadas na USF, o valor apropriado foi de R\$ 19,76, correspondendo 0,06% do gesto total.

Graças ao permanente e histórico Programa Nacional de Imunizações⁵¹, aliado aos sucessivos avanços tecnológicos na área de produtos imunobiológicos que propiciaram a inclusão de novas vacinas no calendário vacinal das gestantes: as vacinas contra a gripe H1N1 e da hepatite B. Na época em que vigorava o PMI, eram ministradas apenas as doses de dT⁵¹. Salienta-se que apesar dos amplos benefícios reconhecidos em relação aos impactos dos produtos imunobiológicos, estes corresponderam, em média, a 0,1 a 0,2% do total dos custos unitários dos G_{1A}, G_{1B} e G₂.

É oportuno discutir quanto à variação no resultado dos custos. Tal aspecto está articulado com o processo de trabalho e o comportamento das gestantes. Estes fatos foram evidenciados com as variações de valores mínimo e máximo, descritos na pagina 92, na seção de resultados Tabela 9. Especialmente, o modo de gerenciar o trabalho da equipe influencia, a exemplo da condição de trabalho da enfermeira, bem como a política de documentação da assistência prestada³⁴. A referida profissional assumia a dupla função: gerência da unidade e execução do trabalho assistencial no âmbito da equipe. A diversidade da função, possivelmente interferiu na consecução integral das atividades recomendadas no protocolo pré-natal. Um exemplo é a raro registro de VD nos prontuários (Tabela 2), embora a VD é uma tecnologia de uso multidisciplinar⁴². Outro fato constatado para algumas gestantes foi o número de consultas inferiores a seis. Indagou-se com que ações a unidade de ESF entreviu uma vez que faz parte da atribuição da atenção básica, buscas ativas para melhorar a resposta dos profissionais. Quanto às atividades educativas também foram escassas⁵⁸ e é comumente liderada por essa profissional. Constituem em valiosas oportunidades de autoconhecimento, de habilidades no cuidado de si e do RN com estratégia pedagógica baseada no princípio da emancipação^{13, 61}, também não se identificou registros. São vieses da metodologia que dependeu da documentação da assistência⁵⁸.

Na estimativa de custo baseada nas recomendações do MS⁴, resultou em R\$ 512,35. A despesa projetada para o pessoal foi de R\$ 254,96 equivalendo 49,76 %. Os exames no valor de R\$ 195,70 o que representa 38,19 % e medicamentos resultou em R\$ 3,50 correspondendo 0,68%. Os produtos imunobiológicos resultaram em R\$ 8,66 equivalendo a 1, 69%.

Ao considerar que o G1A representou o grupo das gestantes que não teve intercorrências, é o perfil mais aproximado com o que o MS propõe no protocolo de baixo risco. Os resultados revelaram que o G1A, composta por 34 (62,96%) das 54 gestantes, apresentou o custo total de R\$ 471, 10, quando o ensaio de custo que inseriu 100% das recomendações técnicas do MS, indicou R\$ 512, 35. A diferença é de R\$ 41,25, sendo 6,96%. Ao comparar esses resultados, considera-se a realidade prática, relativamente compatível, em função de lacunas assistenciais observadas.

Em síntese, verificou-se que a unidade estudada reflete os anseios de melhorar a atenção pré-natal, tendo em vista meios assegurados para acessar aos serviços de urgência e emergência, delineando atendimentos em rede^{24,25}. O enfrentamento da coleta de dados foi laboriosa, mas possibilitou reunir dados sobre gastos que englobou USF e o HMI e produzir informações de custos da atenção pré-natal.

8 CONCLUSÃO

No contexto estudado, é possível afirmar que os custos do G1 é representativo para pré-natal de baixo-risco no valor de custo unitário de R\$ 545, 17. Na estratificação, o G1A, composto por gestantes que não tiveram intercorrências (62,96%), teve o custo unitário de R\$ 471,09. O G1B (25%) teve o custo unitário de R\$ 702,61. A diferença de R\$ 285,52 deveu-se principalmente à demanda de exames laboratoriais e consultas médicas especializadas geradas no HMI. A interpretação desses custos a mais, implicaria na análise aprofundada da gestão da clínica que articula instâncias da atenção básica e atenção às urgências e emergências obstétricas que foge ao escopo do presente. Ainda, quanto aos encaminhamentos ao HMI, associa-se a esses condicionantes de gestão, a inegável complexidade da vida real, onde as intercorrências não previsíveis acontecem.

A estimativa de custos do pré-natal, que tomou como base as recomendações do Protocolo do MS, resultou em um custo unitário de R\$ 512, 35, superior à realidade prática do G1A, assinalando diferencial de R\$ 41,26. A comparação do custo unitário entre o G1A e o estimado no ensaio, segundo as recomendações do MS, foi possível pela proximidade na composição dos cuidados praticados e os projetados, na incidência das despesas.

O fato de G1A e o resultado do ensaio apresentarem-se próximos, sinaliza que as recomendações do protocolo do MS são implementáveis na prática e que a SMS de Marília tem envidado esforços para preencher e criar uma estrutura de serviços capaz de atender às necessidades das gestantes, preenchendo as lacunas existentes na referência.

A mensuração do tempo foi vital tanto para determinação do valor de custo dos profissionais, como de avaliar quão escassas são as horas de contato com profissionais mesmo considerando integralmente as recomendações do protocolo. Isto tornou-se mais evidente ao comparar o tempo total da gestação e o resultado do tempo médio de 11 horas de cuidado. Estes aspectos fizeram nos refletir a importância da qualidade do relacionamento que permeiam a assistência, determinando os rumos da construção de sentidos de cuidados e o acesso as tecnologias.

Conforme os autores do Time Driven Activity, o tempo é uma variável fundamental, para o rendimento do trabalho. Em análise aos resultados deste trabalho, as atividades como VD e consulta de enfermagem, demandavam maior tempo, mas não configuraram como aquelas que impactavam na elevação de custo. Isto porque na maioria das vezes, essas atividades eram atributos dos profissionais que recebiam menores salários. Um exemplo que pode ser apontado é a consulta médica, o qual não se configurou como procedimento que demande maior tempo, contudo, despontou como atividade que incide maior valor financeiro. Essa situação é fruto das decisões políticas condicionadas à gestão local.

Tomar como objeto de estudo os custos da atenção pré-natal propiciou uma visão ampliada sobre a distribuição de cuidados, despesas e resultados de custos, com vistas à atenção integral. Os indicadores de gastos gerados neste trabalho podem subsidiar o orçamento voltado para atenção pré-natal e a avaliação de desempenho das equipes que conformam parte da rede de serviços de saúde;

Reconhece-se como uma das limitações deste estudo que foi retrospectivo, depender do registro e documentação da assistência para contabilizar as ações efetuadas. O atendimento da equipe NASF e outras como VD não foram

identificados. As atividades educacionais foram raras no registro de prontuários. Nesse sentido, atualmente, as ações não realizadas devem ser identificadas e valoradas porque geram custos pelas múltiplas consequências impactando os resultados finais.

Dentro desta linha de raciocínio e de acordo com a literatura, o modo de organização do trabalho da equipe e as decisões profissionais estão diretamente articulados com a geração de custos.

REFERÊNCIAS

- 1- Serruya S, Lago TG. A mortalidade materna no Brasil. J Febrasgo 2001; 8: 6-8.
 - 2- Serruya S, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. 2004, 20(5): 1281-89.
 - 3- Silva ET, Caetano JÁ, Silva ARV. Assistência pré – natal de um serviço de atendimento secundário. Rev. Brasileira em Promoção da Saúde. 2006 agosto-abril, 19 (4): 216-223.
 - 4- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.
 - 5- Cardoso AMR, Santos SM, Mendes VB. O pré – natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: Um processo educativo? Rev. Diálogos Possíveis. 2007 janeiro-junho, 6 (1): 141-161.
 - 6- Almeida AG, Borba JÁ, Flores LCS. A utilização das informações de custo na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. Rev. Adm. Pública. 2009 mai/jun, 43(3): 579-607.
 - 7- Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Estanislau HJ. Perinatal mortality in southern Brazil: a population based study of 7392 births. Bull. World Health Organ. 1987 65(1): 95-104.
 - 8- Faúdes A, Pinotti JÁ, Cecatti JG. Atendimento pré-natal: assistência obstétrica primária: quais as necessidades no Brasil? J. Bras. Med. 1987 52(3): 38-54.
 - 9- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Para entender o pacto pela saúde. Brasília: MS, 2006.
 - 10- Atenção à gestante e puérpera no SUS-SP: Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2010.
-

-
- 11- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.
 - 12- Plano Municipal de Saúde 2010-2013: Prefeitura de Marília. Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
 - 13- Mendes Á, Marques RM. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capitalismo financeiro. In: XII Encontro de pesquisadores da PUC-SP na área de saúde, 2009, São Paulo. CD ROM do Encontro de pesquisadores da PUC – SP na área da saúde. São Paulo: PUC-SP, 2009; 25 pag.
 - 14- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96. Brasília: MS, 1997.
 - 15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Normas Operacionais da Assistência à Saúde: NOAS – SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373. Brasília: MS 2002.
 - 16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde: aprofundamento a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS – SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95. Brasília: MS, 2001.
 - 17- Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Ciên. Saúde colet. jan. 2003 8(2): 417-437.
 - 18- Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JJJL. Mudanças recentes no financiamento federal do sistema único de saúde: atenção básica à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007 out-dez 7(4): 495-502.
 - 19- Brasil. Lei nº101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão e dá outras providencias. [Links]
-

-
- 20- Burch EE, Henry WR "Opportunity and Incremental Cost; Attempt to Define in Systems Terms: A Comment". The Accounting Review. January. 1974, p.118-123.
- 21- Florentino, A M. Custos: Princípios, Cálculo e Contabilização. 8ed. Rio de Janeiro. Editora da Fundação Getúlio Vargas. 1983.
- 22- Martins E. Contabilidade de Custos. São Paulo. 3a. ed. Atlas.1987.
- 23- Leone GSG. Custos: Planejamento, Implantação e Controle. São Paulo. Atlas. 1982.
- 24- Fekete M C. – texto elaborado para projeto Gerus. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil. 1995, 177-184.
- 25- Scatena LM, Villa TCS, Netto AR, et al. Dificuldades de acesso a serviço de saúde para diagnóstico de tuberculose em município do Brasil. Rev. Saúde Publica. 2009, 43(3): 389-97.
- 26- Palermo PV. A desigualdade social no acesso à saúde na região sul do Brasil. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- 27- Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade No planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde. 1990; 24(6): 445-52.
- 28- Vidal AV, Samico PGF, Hartz ZMA. Estudo exploratório de custo e consequência do pré – natal no programa saúde da família. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(3) 467-74.
- 29- Penaloza B, Leisewitz T, Bastãas G, Zãrate V, Depaux R, Villarroel L, Montero J: Methodology for evaluating cost-effectiveness in primary health care centers in Chile. Rev Panam Salud Publica; 2010 Nov; 28(5):376-87.
-

-
- 30- Maeda ST, Ciosak SI, Egry EY. Una propuesta metodológica para la apropiación de costos de producción en la atención prenatal. *Ciênc. Saúde Colet.* jun. 2010; 15(suppl): 987-96.
- 31- Long Q, Zhang T, Hemminki E, Tang X, Huang K, Xiao S, Tolhurst R. Utilisation, contents and costs of prenatal care under a rural health insurance (New Co-operative Medical System) in rural China: lessons from implementation. *BMC Health Serv Res*; 2010;10:301.
- 32- Both CV, Jahn A, Fleba S. Costing maternal health services in south Tanzania. *Eur J Health Econ*; 2008; 9:103-115.
- 33- Cano W. Introdução à economia: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora UNESP- Fundação. 1998, p. 113-154.
- 34- Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8(2): 521-535.
- 35- Brasil. Lei Orgânica da Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, set. 1990. seção 1, p. 18055.
- 36- Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158p (Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).
- 37- Silva HP, Viana AL d'Á. O financiamento do Sistema de Saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: Ibañez N. (organizador) *Gestão pública em saúde*. São Paulo; Ed Atlas, 2011, p. 179-203 (prelo).
- 38- Gil A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª Ed. São Paulo, Atlas; 1991.
-

-
- 39- Punch K. Introduction to Social Research: quantitative & qualitative approaches. London: SAGE Publications; 1998.
- 40- Yin RK. Case Study Research: Design and Methods. Newbury Park: SAGE Publications, Applied Social Research Methods series, volume 5, p171, 2 ed. 1994. Esta é uma edição revista e aumentada. A versão inicial data de 1989 e foi sofrendo várias reimpressões e alterações.
- 41- Creswell J. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1998.
- 42- Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Cad. Saúde Pública. 2008, 24 Sup 1:173-182.
- 43- Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. Rev. APS. 2008, jan./mar, 11(1): 4-9.
- 44- Crepaldi SA. Curso Básico de Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas, 2005.
- 45- Koliver O. Os Custos dos Portadores Finais e os Sistemas de Custeio. [S. I.: s.n.], 2000.
- 46- Kaplan RS, Anderson SR, Time-Driven Activity-Based Costing (November 2003). Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=485443> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.485443>.
- 47- Kaplan RS, Anderson SR. *Time-Driven Activity-Based Costing*, 2003. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=485443>. Acesso em: 19/02/2009.
- 48- Bruni, JC. Tempo e trabalho intelectual. Tempo Social; Ver. Sociol. USP, S.Paulo, 3(1-2): 155-168, 1991.
- 49- Remem RN. O paciente como ser humano. Trad. Denise Bolanho. 3ed. São Paulo. Summus, 1993.
- 50- Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Rev Saúde Pública; 2006; 40 (N Esp) 11-23.
-

-
- 51- INFORME TÉCNICO CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA 2012 http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_campanha_influenza_2012.pdf
- 52- Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2010; 9(3):569-76.
- 53- Araújo PC, Abar CAAP. Sobre o boxplot no Geo Gebra. 1ª. Conferência Latino Americana de GeoGebra. 2012; 13-21; ISSN 2237- 9657.
- 54- Ferraz L; AERTS DR G C. O cotidiano do agente comunitário de saúde do PSF no contexto de Porto Alegre. *Cienc. Saúde Coletiva* [on line]. 2005, vol. 10, n. 2, P 347 – 355. Disponível em: www.scielo.com Acesso em 23 de setembro de 2012.
- 55- Anderson DR, Sweeney DJ, Willians T. A estatística aplicada à administração e economia. Trad. Luiz Sérgio de Castro Paiva. 2ed. São Paulo: Pioneira, 2002.
- 56- Pindyck RS, Rubinfeld D L. Microeconomia. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 255-316.
- 57- Paim JS, Filho NA. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32 (4): 299-316.
- 58- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxo e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (2): 490-8.
- 59- Sen A. ? Por qué la equidad en salud?. *Rev Panam salud Publica* 11(5/6), 2002:302-39.
- 60- Nakagawa M. Gestão estratégica de custos. São Paulo: Atlas, 1993.
- 61- Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.
- 62- Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.
- 63- Gadelha CAG; Azevedo N.. Inovação em vacinas no Brasil: experiência recente e constrangimentos estruturais. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos* 2003, 10 (2).
-

-
- 64- Fujimori E, Sato APS, Szarfarc SC, Veiga GV, Oliveira VA, Colli C et al. Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. *Rev. Saúde Pública*. 2011.
- 65- Maeda ST, Secoli SR. Utilização e custo de medicamentos em gestantes de baixo-risco. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008.
- 66- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009. 14(3):783-794.
- 67- MAEDA, ST and CIOSAK, SI. Inversión del recurso-tiempo en la monitorización de embarazadas de bajo riesgo por el equipo de salud de la familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.2, pp. 188-194. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200009>.
-

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/3858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: ediposq@usp.br

São Paulo, 05 de dezembro de 2011.

Tm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Sayuri Tanaka Maeda

Ref.: Processo nº 1087/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0111.0.196.196-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “Custo de pré-natal na política pública de Marília: um estudo de caso”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3066-7652 - FAX (11) 3066-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970
e-mail: enssecre@edu.usp.br

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO

“Custo do pré-natal na política pública de Marília: um estudo de caso”

a) Identificação da Mulher

Nome:		Idade:	
Número de Prontuário:		Data de Nascimento: / /	
Endereço:	Rua , Av.:	Nº	
	Bairro	CEP:	

b) Antecedentes Ginecológicos

Gesta		Parto		Aborto		Método Contraceptivo:	
Último exame colpocitológico:							
Diagnóstico da Gravidez:				Clinico		Pregnosticon	
		Data do diagnóstico da gravidez:		/	/	I G	
1º Contato:	Agente comunitário		Aux. de Enfermagem		Enfermeiro		Agente Administrativo

c) Visita Domiciliária

Data:	/ /	Atendimento:	Médico		Enfermeiro		Aux. de Enfermagem	
Data:	/ /	Atendimento:	Médico		Enfermeiro		Aux. de Enfermagem	

Data:	/ /	Atendimento:	Médico		Enfermeiro		Aux. de Enfermagem	
Data:	/ /	Atendimento:	Médico		Enfermeiro		Aux. de Enfermagem	
Data:	/ /	Atendimento:	Médico		Enfermeiro		Aux. de Enfermagem	

d) Visitas no Domicílio (agente comunitário)

Data	___/___/___	Motivo	
Data	___/___/___	Motivo	
Data	___/___/___	Motivo	
Data	___/___/___	Motivo	
Data	___/___/___	Motivo	

e) Consultas pré-natais

										1ª CONSULTA	
Data		/ /		IG				semanas/dias			
Pré –Consulta											
Peso:				kg	Alt:				PA:		
Queixa:			Não		Sim	Qual?					
Consulta											
Enfermeiro						Médico					
BCF (Sonar)						Sim				Não	
Intercorrência:			Não		Sim	Qual?					
Conduta:											
Conduta:											
Conduta:											

										2ª CONSULTA	
Data		/ /		IG				semanas/dias			
Pré –Consulta											
Peso:				kg	Alt:				PA:		
Queixa:			Não		Sim	Qual?					
Consulta											
Enfermeiro						Médico					

BCF (Sonar)					Sim		Não
Intercorrência:		Não		Sim	Qual?		
Conduta:							
Conduta:							
Conduta:							

										3ª CONSULTA	
Data	/ /				IG				semanas/dias		
Pré –Consulta											
Peso:				kg	Alt:			PA:			
Queixa:		Não		Sim	Qual?						
Consulta											
Enfermeiro						Médico					
BCF (Sonar)						Sim				Não	
Intercorrência:		Não		Sim	Qual?						
Conduta:											
Conduta:											
Conduta:											

										4ª CONSULTA	
Data	/ /				IG				semanas/dias		
Pré –Consulta											
Peso:				kg	Alt:			PA:			
Queixa:		Não		Sim	Qual?						
Consulta											
Enfermeiro						Médico					
BCF (Sonar)						Sim				Não	
Intercorrência:		Não		Sim	Qual?						
Conduta:											

Conduta:	
Conduta:	

										5ª CONSULTA	
Data	/ /				IG					semanas/dias	
Pré –Consulta											
Peso:					kg	Alt:				PA:	
Queixa:		Não		Sim	Qual?						
Consulta											
Enfermeiro								Médico			
BCF (Sonar)								Sim			Não
Intercorrência:		Não		Sim	Qual?						
Conduta:											
Conduta:											
Conduta:											

										6ª CONSULTA	
Data	/ /				IG					semanas/dias	
Pré –Consulta											
Peso:					kg	Alt:				PA:	
Queixa:		Não		Sim	Qual?						
Consulta											
Enfermeiro								Médico			
BCF (Sonar)								Sim			Não
Intercorrência:		Não		Sim	Qual?						
Conduta:											
Conduta:											
Conduta:											

f) Consultas puerperais

1ª CONSULTA PUERPERAL											
Data	/	/	Dias de pós-parto:					Enfermeiro		Médico	
Tipo de parto da última gestação:				PVE		PVF		Cesáreo		Aborto	
Retirada de pontos:						Sim		Não			
Queixas e Intercorrência:			Não		Sim	Qual?					

2ª CONSULTA PUERPERAL											
Data	/	/	Dias de pós-parto:					Enfermeiro		Médico	
Tipo de parto da última gestação:				PVE		PVF		Cesáreo		Aborto	
Retirada de pontos:						Sim		Não			
Queixas e Intercorrência:			Não		Sim	Qual?					

Exames Complementares

Exames laboratoriais de bioquímica

Grupo Sangüíneo	Ht e Hb	Glicemia de jejum	Anti-HIV	VDRL/Rubéola/Toxoplasmose	Parasitológico	Urina I	Nº da Consulta

Urocultura	Hepatite	Citomegalovirus	Baciloscopia	Ex. Papanicolaou	Outros	Nº da Consulta

Exames de Imagem

Exame	Resultado	Data	IG
Ultra Som			
Raio X			

**CONSULTA
ODONTOLÓGICA**

Data	/	/	IG	Tratamento:	
Medicação					
Exames de laboratório:					
Retorno:					

GRUPO DE GESTANTE

Data	/	/	Assunto Trabalhado	
Profissional:

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

Tel.: (11) 3066-7652 - FAX (11) 3066-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970

e-mail: enssecre@edu.usp.br

“Custo do pré-natal na política pública de Marília: um estudo de caso”

[illegible]

- Marcar o tempo em minuto de duração de cada atividade, através do uso de cronometro.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3066-7652 - FAX (11) 3066-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970
e-mail: enssecre@edu.usp.br

APÊNDICE 3 - OFÍCIO

São Paulo, ____ de _____ de 2011.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP

O presente ofício destina-se a solicitar a apreciação do projeto de pesquisa “Custo do Pré-Natal, na política pública de Marília: um estudo de caso” cuja finalidade é estimar o custo unitário da atenção pré-natal de baixo risco na unidade pesquisada, avaliar o custo unitário do pré-natal de baixo risco, conforme o protocolo do PNPH, evidenciar as atividades e seus direcionadores de custo que compõem a atenção pré-natal na UBS pesquisada e discutir o custo unitário obtido entre a unidade pesquisada e o preconizado pelo protocolo do PNPH.

Contará com a orientação da Prof^ª Dr^ª Sayuri Tanaka Maeda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, e como orientanda a Enf^ª aluna Eleny Rosa Guimarães Gonçalves, regularmente matriculada no Programa de Mestrado do PPGE.

Atenciosamente.

Enfª Eleny Rosa Guimarães Gonçalves
Aluna de pós-graduação do programa
de mestrado da EE USP

Contato: Endereço: Rua Luis Vieira da Costa 381 (Marília/SP)
 Telefone: (14) 3301 – 0419
 e-mail: elenyguimaraes@gmail.com

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3066-7652 - FAX (11) 3066-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970
e-mail: enssecre@edu.usp.br

**APÊNDICE 4 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O GERENTE DA UNIDADE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ilmo Sr.(a) _____

Gerente da USF _____

Prezado Senhor,

Solicito autorização para realizar o levantamento de dados referentes ao atendimento pré-natal, em 2010, nos respectivos prontuários. Seu motivo é a realização “O Custo do Pré-Natal na Política Pública de Marília: um estudo de caso”, com o qual atenderei uma das exigências do Programa de Pós-Graduação, nível de Mestrado em Ciências da Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A finalidade do estudo é conhecer os custos do desenvolvimento das atividades na atenção pré-natal e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população gestante. Os dados serão utilizados apenas para o desenvolvimento deste projeto e, em nenhum momento será revelado o nome das instituições. O resultado da pesquisa será divulgado como retorno deste investimento.

Agradecendo sua valiosa colaboração,

Enf^a Eleny Rosa Guimarães Gonçalves
Aluna de pós-graduação do programa
de mestrado da EE USP

Prof^a Dr^a Sayuri Tanaka Maeda
Nº USP: 1950958
Orientadora do Projeto

Nome.....: _____

UBS.....: _____

Assinatura: _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3066-7652 - FAX (11) 3066-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970
e-mail: enssecre@edu.usp.br

**APÊNDICE 5 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA SR SECRETÁRIO MUNICIPAL
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA**

Ilmo Sr.

DD Secretário Municipal de Saúde _____

Prezado Senhor,

Solicito autorização para realizar o levantamento de dados, referentes ao atendimento pré-natal, em 2010, no respectivo serviço. Seu motivo é a realização projeto de pesquisa intitulado “O Custo do Pré-Natal na Política Pública de Marília: um estudo de caso”, com o qual responderei a uma das exigências do Programa de Pós-Graduação, nível de Mestrado em Ciências da Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A finalidade do estudo é conhecer os custos do desenvolvimento das atividades na atenção pré-natal e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população gestante. Os dados serão utilizados apenas para o desenvolvimento deste projeto e, em nenhum momento, será revelado o nome das instituições. O resultado da pesquisa será divulgado, como retorno desse investimento.

Agradecendo sua valiosa colaboração,

Marília, ____ de _____ de 2011.

Enfª Eleny Rosa Guimarães Gonçalves
Aluna de pós-graduação do programa
de mestrado da EE USP

Profª Drª Sayuri Tanaka Maeda
Nº USP: 1950958
Orientadora do Projeto

Nome.....: _____

UBS.....: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 6 - TABELA DE CUSTO DE MEDICAMENTOS, EXAMES E IMUNOBIOLOGICOS.

Tabela 17 - Apresentação de preços unitários de medicamentos utilizados pelas gestantes estudadas na USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.

Medicamento	Custo (R\$)
Ácido fólico	0,01
Amoxicilina	0,59
Bromoprida	0,65
Cefalexina	0,10
Cetoconazol	1,07
Dexametasona	0,38
Dimeticona	0,02
Dimenidrinato	0,10
Ferro quelato	0,01
Fluconazol	0,11
Heparina	3,00
Hidrocortisona	0,70
Hidróxido de Alumínio	0,77
Hioscina	0,28
Inalação –S.F(10 ml)	0,18
Metildopa	0,06
Metoclopramida	0,02
Metronidazol – cp	0,03
Metronidazol creme	0,84
Nistatina	0,85
Paracetamol	0,02
S.F. (100 ml)	0,18
Tobraminica Colírio	3,50

Fonte: Secretaria de saúde de Marília (nota fiscal. 2010)

Tabela 18 - Apresentação de preços unitários de imunobiológicos utilizados pelas gestantes estudadas na USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.

Imunobiológicos	Custo (R\$)
Difteria e Tétano (DT)	0,36
Influenza A (H1N1)	1,30
Hepatite	7,00
Total	8,66

Fonte: Secretaria de saúde de Marília (nota fiscal. 2010)

Tabela 19 - Apresentação de preços unitários de exames recomendados pelo protocolo do MS da saúde e utilizados pelas gestantes estudadas na USF Belas Flores, Marília – SP, 2012.

Exames laboratoriais e de imagem	Custo (R\$)
Teste imunológico de gravidez (TIG)	0,61
Beta HCG	7,85
ABO-Rh	15,00
Dosagem de hemoglobina e hematocrito	10,00
Dosagem de glicemia	1,85
Testagem anti-HIV	10,00
Teste de VDRL para sífilis	2,83
Coproparasitologia	1,65
Urina I	7,40
Urocultura	1,85
Pesquisa de anticorpo contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B	18,55
Pesquisa de anticorpus IGg anti- citomegalovirus	2,83
Baciloscopia	4,20
Colpocitologia oncótica	10,65
Ácido úrico	1,85
Dosagem de transaminase glutâmico-oxalacetica (TGO)	2,01
Dosagem de transaminase glutâmico-piruvica (TGP)	2,01
Dosagem de colesterol	1,85
Dosagem de colesterol HDL	3,51
Coombs indireto.	2,73
Dosagem de creatinina	1,95
Teste oral de tolerância à glicose	6,55
Dosagem de hormônio tireoide estimulante (TSH)	8,96
Dosagem de ureia	1,85
Dosagem de triglicerídeos	3,51
Ultrassonografia morfológica	24,20

Fonte: SIASUS (2010).

Tabela 20 - Salários dos profissionais que compõem a equipe da USF Belas Flores. Marília – SP, 2012.

Profissional	Valor/ mês (R\$)	Insalub. (R\$)	Salário + Insalubridade (R\$)	Encargos (9% FGTS) (R\$)	Total/ Mês (R\$)
Ag. Comunitário	737,50	124,40	861,90	77,57	939,47
Aux. de consultório dentário	737,50	124,40	861,90	77,57	939,47
Aux. de limpeza	663,50	124,40	787,90	70,91	858,81
Aux. Enfermagem	947,00	124,40	1.071,00	96,39	1.167,39
Aux. Escritório	737,50	124,40	861,90	77,57	939,47
Dentista	4.626,50	124,40	4.750,90	427,58	5.178,48
Enfermeira	2.683,50	124,40	2.807,90	252,71	3.060,61
Médico	7.991,00	124,40	8.115,40	730,38	8.845,78

Tabela 21 - Salários dos profissionais que compõem a equipe da USF Belas Flores e cálculo para demonstração de salário/minuto. Marília – SP, (2012).

Profissional	Total/ Mês (R\$)	13º sal. (R\$)	1/3 sal Mês (R\$)	Total / Mês (R\$)	Valor 60min (R\$)	Valor / Min (R\$)
Ag. Comunitário	939,47	78,28	26,09	1.043,84	5,21	0,09
Aux. de consultório dentário	939,47	78,28	26,09	1.043,84	5,21	0,09
Aux. de limpeza	858,81	71,56	23,85	954,22	4,77	0,08
Aux. Enfermagem	1.167,39	97,28	32,42	1.297,09	6,48	0,11
Aux. Escritório	939,47	78,28	26,09	1.043,84	5,21	0,09
Dentista	5.178,48	431,54	143,84	5.753,86	28,76	0,48
Enfermeira	3.060,61	255,05	85,01	3.400,67	17,00	0,28
Médico	8.845,78	737,14	245,71	9.828,63	49,14	0,82
Motorista (SAMU)	1.620,00	135,00	540,00	2.295,00	11,47	0,19

Fonte: O.S. Associação Feminina de Marília, Maternidade e Gota de Leite

APÊNDICE 7 - COMPLEMENTAÇÃO DE DADOS DE RESULTADO .

Gráfico 10 - Distribuição de gestantes investigadas por faixa-etária. Marília – SP, (2012)

Quadro 1 - Apresentação estatística do número de consultas realizadas por gestantes. Marília – SP, (2012).

Item	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máxima	Moda	Mediana
Consultas	9	3,01	4	16	9	-

Gráfico 11 - Distribuição das gestantes de acordo com a realização de exame de colpocitologia oncótica. Marília – SP, (2012).

Gráfico 12 - Tempo dedicado às gestantes pela equipe de Saúde da Família e equipe administrativa. Marília – SP, 2012.

Gráfico 13 - Distribuição do número de consultas de pré-natal por grupo de frequências. USF Belas Flores, Marília – SP, 2012.

GLOSSÁRIO DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Gastos: despesas com bens ou serviços adquiridos. Refere-se também ao sacrifício econômico para obtenção de um produto ou serviço qualquer, não importando a origem dos recursos, representados por entrega ou promessa de ativos; independente de ter sido efetuado o pagamento²¹.

Investimentos: aplicação de recursos financeiros com a finalidade de aumentar o ativo. Como exemplo de investimento, pode-se citar a aquisição de bens permanentes, como, tomógrafo, equipamentos cirúrgicos, imóvel e melhorias na gestão de pessoal²¹.

Despesas: montante de recursos gastos, em um determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade-fim. A despesa pode ser apropriada ou não, no produto/serviço, sob a forma de custo indireto. Exemplos desse conceito são os salários da administração, telefone e aluguel²¹.

Custo fixo: de acordo com o MS, o custo fixo independe do volume de produção e não é passível de alteração em curto prazo, como por exemplo, depreciação, aluguel e pessoal.

Custo variável: aquele que é passível de alteração em curto prazo e que varia proporcionalmente ao volume produzido. Quando este é somado ao custo fixo,

obtemos o custo total²¹. Pode ser visto como valor global de consumo dos material direto por mês dependente do volume de produção, em um determinado período de tempo, representando o contrário do custo fixo, visto que este não sofre variação em um determinado período de tempo²².

Custos diretos: é o apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, dispensando qualquer metodologia de rateio. Também é chamado de custo variável por sofrer variação proporcional ao volume de produção^{23,24}. Também pode ser definido como o custo que pode ser diretamente apropriado aos produtos, bastando haver uma medida de consumo²⁴. Considera-se custo direto: pessoal (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar dentário, pessoal de recepção), materiais, medicamentos, exames de laboratórios, de imagem e materiais de escritório.

Custo indireto: pode ser definido como aquele que não possui condições de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação tem de ser realizada de modo estimado e muitas vezes arbitrário²². Conforme o MS, o custo indireto corresponde a uma parcela do custo total, que não pode ser identificada diretamente a um produto ou serviço específico, dependendo dos critérios de rateio (aluguel, energia, água, telefone e combustível).