

## **Análise de custos na implementação da Estratégia Saúde da Família**

### **RESUMO**

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Bernardo do Campo ressalta a importância de uma gestão de custos na Atenção Básica. A escassez de financiamento e de informações estratégicas comprometem a sustentabilidade no setor de saúde e a efetividade da ESF, um modelo fundamental para a reorganização da atenção básica no Brasil. A pesquisa analisou dados de 34 Unidades Básicas de Saúde, categorizadas por porte, e a correlação entre o número de ESF e a população atendida. A ESF, composta por equipes multiprofissionais, enfrenta desafios na apuração dos custos devido à multifuncionalidade dos profissionais na Atenção Básica. A implementação de um sistema de gestão de custos permitiu a capacitação dos gestores e seu envolvimento em identificar oportunidades de melhorias e a transparência das informações. O estudo demonstrou que algumas unidades não possuíam a quantidade adequada de equipes, enquanto outras tinham um número superior ao previsto, destacando a necessidade de avaliar o equilíbrio dos recursos disponíveis em relação à população. Os resultados indicam que a ESF pode oferecer uma boa relação custo-benefício, melhorando a saúde da população e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, evitando custos desnecessários no setor secundário e terciário, e elevando a qualidade de vida dos pacientes. Este estudo reforça a importância de uma gestão de custos para contribuir na melhoria dos processos, combinando a eficiência e eficácia na gestão dos recursos destinados à saúde, além de oferecer subsídios para uma negociação de receitas/recursos ao ponto de equilibrar as necessidades destas unidades.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família (ESF). Gestão de custos. Atenção básica.

Área Temática: Custos aplicados ao setor público.

### **1 INTRODUÇÃO**

No contexto atual da saúde pública brasileira, a discussão acerca do financiamento da Atenção Básica emerge com frequência, evidenciando uma lacuna significativa entre os recursos disponíveis e as necessidades reais do sistema. A insuficiência de financiamento, aliada à escassez de informações estratégicas para a tomada de decisão, coloca em xeque a sustentabilidade das políticas de saúde e, por extensão, a eficácia da Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo assistencial, que se apoia no trabalho de equipes multiprofissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários) e em territórios delimitados, é a pedra angular na reorganização da atenção básica no Brasil, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e visando a expansão, qualificação e consolidação dos serviços prestados à população.

A relevância da ESF foi amplificada à medida que sua expansão municipal demonstrou resultados efetivos, tornando-se um termo de grande importância no vocabulário da saúde pública. No entanto, questionamentos sobre o custo associado à implementação e manutenção da ESF persistem, especialmente quando se considera o termo "custo-benefício" dentro do escopo da atenção básica (Cavalcanti, Neto & Souza, 2015).

Neste cenário, o município de São Bernardo do Campo se destaca pela implantação de uma gestão de custos inovadora em 34 unidades de Atenção Básica,

estabelecendo uma estrutura de centros de custos e plano de contas padrão e desenvolvendo um modelo de Gestão do Cuidado. O primeiro mês de processamento de custos, setembro de 2022, marcou o início de uma nova era na apuração de custos, contemplando não apenas as despesas operacionais de cada unidade, mas também os custos indiretos da Secretaria da Saúde, proporcionando uma visão holística e detalhada dos custos, despesas e receitas em saúde.

Este artigo tem como problema de pesquisa compreender quais fenômenos explicam o custo de uma equipe por porte da Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Bernardo do Campo. Os objetivos deste artigo são mensurar o custo de uma equipe por porte da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da aplicação da metodologia de custeio por absorção e buscar compreender as vias para a otimização de recursos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um elemento crucial no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, recebendo apoio contínuo de esferas governamentais, acadêmicas e de trabalhadores da saúde.

O relatório *World Health Organization* (2008) destaca a desigualdade acelerada na saúde entre os países e dentro deles mesmos, consequência da falta de acesso igualitário aos cuidados de Saúde, e considera que a Atenção Primária à Saúde (APS) vem como uma abordagem essencial para equilibrar e reduzir essas desigualdades e promover uma revitalização global e melhorias na saúde. Além disso, a OMS também argumenta que sistemas de saúde baseados em APS são mais eficientes, igualitários e eficazes.

Apesar de uma teoria consolidada, a implementação prática da APS enfrenta desafios, principalmente políticos. O processo de construção do SUS é dinâmico e influenciado pela interação entre os diversos atores sociais e questões de financiamento (Ministério da Saúde, 2017).

Em Starfield (1998), observou-se uma discussão sobre os desafios que a APS enfrenta, tais como o financiamento insuficiente, falta de reconhecimento, além da crescente complexidade das necessidades de saúde, e ainda, falou-se sobre o impacto da tecnologia na APS, criando um alerta acerca do equilíbrio entre inovação tecnológica com cuidados centrados na pessoa.

Historicamente, a APS foi estabelecida como um conceito-chave na Conferência de Alma Ata em 1978, definida como uma assistência essencial acessível a todos os níveis de desenvolvimento da comunidade (Conass, 2007).

A Atenção Primária à Saúde (APS) demonstra resultados superiores em termos de saúde, como a redução das taxas de mortalidade e morbidade, além de aumentar a satisfação dos pacientes. A APS se mostra eficaz na prevenção de enfermidades, no controle de condições crônicas e na diminuição de hospitalizações desnecessária (Starfield, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), essa modalidade é essencial para o desenvolvimento de uma abordagem integral que impacta positivamente na saúde das coletividades. Baseada nos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade, ela é fundamental para garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde, promovendo a saúde e o bem-estar da população.

### 3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma abordagem fundamental na reorganização da atenção básica no Brasil, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, a ESF busca reorientar o processo de trabalho com o intuito de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Seu foco principal é ampliar a resolutividade e o impacto na saúde das pessoas e coletividades, proporcionando uma relação custo-efetividade significativa (Ministério da Saúde, 2017).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, desempenhou um papel crucial na criação da ESF no Brasil. Ao promover a integração entre comunidades e serviços de saúde, com agentes comunitários atuando como mediadores entre as famílias e o sistema de saúde, o PACS enfatizou a prevenção e o acompanhamento contínuo da saúde comunitária. Essa iniciativa contribuiu para os objetivos da ESF de reestruturar a atenção básica e fortalecer os princípios do SUS. Com o passar do tempo, a ESF evoluiu do PACS, ampliando sua abrangência para incluir equipes multiprofissionais e concentrar-se tanto na saúde individual quanto na coletiva (Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta constantes questionamentos relacionados à insuficiência de financiamento, uma preocupação que se intensifica diante da necessidade de respaldo por informações concretas.

Friedberg, Hussey & Schneider (2010) concordam que há evidências consistentes de que a atenção primária pode reduzir os custos totais dos cuidados de saúde. Isso ocorre porque a APS contribui para a diminuição das hospitalizações e atendimentos de emergência, que são mais dispendiosos. Ao resolver problemas de saúde antes que se agravem, a APS promove uma economia significativa no sistema a longo prazo.

Com isso, diante da crescente demanda, as unidades básicas de saúde têm buscado intensificar a coleta de dados que justifiquem a necessidade de aprimoramento em seus processos.

A complexidade na apuração dos custos nas unidades básicas é agravada pela multifuncionalidade dos profissionais, especialmente no contexto da ESF. A dualidade de funções, com profissionais atuando em diferentes ambientes, dificulta a identificação precisa dos custos específicos da ESF, desafiando a gestão financeira e a transparência dos custos, despesas e receitas em saúde pública.

A implementação do sistema de gestão de custos *KPIH (Key Performance Indicators for Health)* possibilitou a padronização das Unidades de Atenção Básica, permitindo a apuração dos custos por centros de custos, *benchmark* entre as unidades básicas e outras unidades do banco de dados do sistema, possibilitando a identificação de oportunidades de melhorias e aprimoramento na acurácia da apuração dos custos. Além disso, essa abordagem contribuiu para a análise dos custos relacionados à Estratégia Saúde da Família por equipe e porte, para uma gestão mais eficiente e transparente dos recursos destinados à saúde.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a categorização das equipes de saúde por portes constitui um mecanismo essencial para a organização do atendimento e a alocação de recursos. Essa classificação é determinada com base no número de indivíduos cadastrados e na complexidade do território sob responsabilidade de cada equipe, refletindo a capacidade operacional e a abrangência

do serviço prestado. O Ministério da Saúde do Brasil estabelece critérios específicos para essa categorização, dividindo as equipes em portes I, II, III e IV, com o intuito de promover uma distribuição justa de recursos e otimizar a assistência à população.

As atribuições e responsabilidades de cada porte são delineadas conforme as diretrizes da ESF, garantindo que as necessidades de saúde da população sejam atendidas de maneira eficaz. De acordo com o Ministério da Saúde, a sugestão da classificação pode ocorrer da seguinte forma:

- Porte I: Abrange até 3.000 pessoas cadastradas por equipe.
- Porte II: Inclui entre 3.001 e 4.500 pessoas cadastradas por equipe.
- Porte III: Compreende entre 4.501 e 6.000 pessoas cadastradas por equipe.
- Porte IV: Engloba mais de 6.000 pessoas cadastradas por equipe.

É importante ressaltar que esses parâmetros são suscetíveis a mudanças, adaptando-se às políticas de saúde e às diretrizes que podem variar regionalmente e ao longo do tempo.

Portanto, no município de São Bernardo do Campo, foi adotada a seguinte classificação:

Porte pequeno: até 3 equipes.

Porte médio: 4 ou 5 equipes.

Porte grande: 6 a 9 equipes.

#### **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto aplicado, que visa analisar e apresentar o custo da Estratégia Saúde da Família (ESF) de maneira categorizada, além de demonstrar a importância dos custos em unidades de saúde. De acordo com Gil (2017), as pesquisas aplicadas têm foco em gerar conhecimentos e novos pontos de vistas sobre o assunto estudado, possibilitando resolver problemas na prática ou melhorar algum processo dentro do contexto aplicado. A pesquisa adota uma abordagem metodológica mista, incorporando tanto métodos qualitativos quanto quantitativos. No âmbito quantitativo, a pesquisa traduziu os custos em indicadores específicos para as unidades. No que se refere ao método qualitativo, a pesquisa envolveu uma análise criteriosa dos custos atingidos por ESF, observando aspectos importantes e podendo comparar os custos incorridos na estrutura atual e o modelo ideal necessário para a operação eficiente de cada unidade.

Os resultados foram obtidos através de coleta das informações de custos relacionadas ao custo com pessoal das unidades, tendo como base a metodologia de custeio por absorção departamentalizada. É importante destacar que neste estudo foi considerado o custo com pessoal das ESF, incluindo a taxa de *overhead*.

A metodologia de custeio por absorção pleno envolve o registro detalhado dos custos diretos e indiretos, além da alocação proporcional dos custos das unidades de apoio e administrativas (rateios), para calcular o custo total de produção.

O cálculo do custo de produção dos serviços sob esta conceituação compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão da unidade de saúde. O sistema de custos sob a orientação do método de custeio por absorção pleno é bastante utilizado para apuração dos custos em unidades hospitalares, porém com uma abordagem maior, ou seja, incluem no cálculo os custos e despesas, conflitando neste particular com as condições preconizadas pela teoria da contabilidade de custos (Matos, 2005).

Sob a orientação conceitual da teoria da contabilidade de custos, tem como papel principal o cálculo do custo de produção ou dos serviços prestados, em que os

insumos considerados como custos correspondem somente aos valores dos custos de produção. As despesas operacionais (gerais e administrativas) são classificadas como despesas do período e não incorporam o custo de um produto ou de um serviço prestado (Martins, 2003).

Conforme Martins (2003), o termo *overhead* refere-se aos custos indiretos e despesas gerais que não estão diretamente ligados à produção de serviços.

No contexto deste estudo, o *overhead* incluiu todos os custos da unidade, exceto os custos com pessoal celetista e estatutários, que já foram considerados nos cálculos.

Com base nas informações detalhadas de custos de cargos e salários, em colaboração com o Departamento de Atenção Básica à Saúde, foi dimensionada a quantidade de equipes de Saúde da Família por unidade básica de saúde (UBS), considerando o porte (pequeno, médio e grande), bem como a quantidade de colaboradores em cada equipe de acordo com os cargos. Foi então calculado o custo real das Equipes de Saúde da Família de cada UBS, tanto com quanto sem a taxa de *overhead*.

Em um segundo momento, foi realizado o cálculo do custo total das Equipes de Saúde da Família de cada UBS, também com e sem a taxa de *overhead*. Para médicos, técnicos e enfermeiros foi considerada a quantidade ideal de equipes para a operação, conforme estabelecido pela Portaria 3493/24, que leva em conta a quantidade de habitantes cadastrados e cita que, para municípios com mais de 100.000 habitantes, o parâmetro é de 3.000 pessoas vinculadas por ESF, já para os agentes comunitários, foi considerada a Portaria 2436/17 que cita que cada ACS deve ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

Este processo permitiu a visualização dos custos associados à operação das ESF, tanto individuais quanto comparativas (*benchmarking*) entre as Unidades Básicas de Saúde de São Bernardo do Campo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As UBSs do município de São Bernardo do Campo foram categorizadas de acordo com portes: pequeno, médio ou grande, conforme o número de equipes de saúde da família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é formada por profissionais nos cargos de Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem e Agente Comunitário, e a composição mínima de uma equipe é 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2 Técnicos de Enfermagem e 1 Agente Comunitário. Para cada unidade básica de saúde, foi definida a quantidade de profissionais por cargo, destacando-se que apenas médicos generalistas integram a equipe. Realizou-se um levantamento dos custos médios com pessoal em cada unidade, baseado nos cargos e no número de profissionais. Com isso, calculou-se o custo total por unidade básica.

Na primeira etapa deste estudo foi solicitado ao Departamento de Atenção Básica de Saúde de São Bernardo do Campo a quantidade de equipes por unidade, de acordo com o porte (pequeno, médio e grande) e a quantidade de colaboradores pertencentes a cada equipe de acordo com o cargo.

Em relação às 34 unidades, 9 possuem porte pequeno, 6 possuem porte médio e 19 possuem porte grande. As unidades de porte pequeno possuem 3 equipes, as de porte médio de 4 a 5 equipes e as de porte grande de 6 a 9 equipes. De acordo com a Portaria 3493/24, utilizou-se a média de 3.000 pessoas por porte. Sendo assim,

uma unidade de porte pequeno possui 3 equipes, logo esta unidade atenderá em média 9.000 habitantes. Já as unidades de porte médio, possuem 4 ou 5 equipes, considerando a média de 4,5 equipes, estas unidades atenderão aproximadamente 13.500 habitantes. E por fim, as unidades de porte grande possuem de 6 a 9 equipes, considerando a média de 7,5 equipes, estas unidades atenderão aproximadamente 22.500 habitantes.

Observa-se na Tabela 1, os dados enviados pelo Departamento referente às quantidades de equipes cadastradas *versus* quantidade real por unidade.

Tabela 1

**Quantidade de equipes ESF cadastradas e real por cargos da SMS SBC, ano de 2024**

UBS	Porte	Qtd Esf (Ministério de Saúde)	Qtd Esf (Real)	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Agente Comunitário
UBS A	Grande	8	7	7	7	12	6
UBS B	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS C	Médio	3	4	4	4	8	4
UBS D	Médio	4	4	4	4	8	4
UBS E	Médio	5	5	5	5	10	5
UBS F	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS G	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS H	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS I	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS J	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS K	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS L	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS M	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS N	Pequeno	4	3	3	3	6	3
UBS O	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS P	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS Q	Médio	4	4	4	4	8	4
UBS R	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS S	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS T	Grande	6	7	7	7	14	7
UBS U	Médio	4	4	4	4	8	4
UBS V	Grande	7	7	7	7	14	7
UBS W	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS X	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS Y	Grande	8	8	8	8	16	8
UBS Z	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS AA	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS AB	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS AC	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS AD	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS AE	Grande	9	9	9	9	18	9
UBS AF	Grande	6	6	6	6	12	6
UBS AG	Pequeno	3	3	3	3	6	3
UBS AH	Médio	4	4	4	4	8	4

Fonte: Elaborado pelos autores

Na segunda etapa deste estudo, utilizou-se os dados de custos do Departamento de Atenção Básica de Saúde de São Bernardo do Campo referente à folha de pagamento de todos os colaboradores que podem fazer parte da equipe ESF.

Os dados foram coletados por cargo: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário, e foram considerados os custos com pessoal.

A unidade de medida utilizada para cálculo foi a mediana, que é o valor médio de uma distribuição ordenada, apresentando o mesmo número de valores abaixo e acima desse valor. Para calcular a mediana, os dados devem ser organizados de forma crescente ou decrescente, de modo que a mediana seja o valor que está exatamente no meio do conjunto de dados, com 50% da amostra acima e 50% abaixo dela (Feijoo, AMLC, 2010).

Em relação às 34 unidades básicas, foram encontrados os valores da mediana por unidade de acordo com os dados de custos de folha de pagamento destes colaboradores por contas de custos do grupo de pessoal e por tipo de contratação: estatutários e celetistas, como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2

**Custo mediano com pessoal, por cargo, ano de 2024, da SMS de SBC**

<b>Composição ESF</b>	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Técnico de Enfermagem</b>	<b>Agente Comunitário</b>	<b>Total</b>
UBS A	18.246,49	8.532,21	5.428,76	5.347,81	37.555,27
UBS B	22.914,82	9.390,61	9.741,30	5.268,65	47.315,38
UBS C	22.688,06	9.072,54	5.602,44	5.325,77	42.688,82
UBS D	21.976,63	8.532,21	5.428,76	5.257,21	41.194,82
UBS E	22.485,47	8.775,90	5.428,76	5.257,21	41.947,34
UBS F	11.250,39	17.998,85	5.428,76	5.257,21	39.935,22
UBS G	22.569,81	8.533,96	5.085,04	5.257,21	41.446,01
UBS H	22.688,06	10.805,19	5.428,81	5.257,21	44.179,28
UBS I	22.245,27	16.136,94	5.428,99	5.257,21	49.068,42
UBS J	18.921,95	8.532,22	5.428,76	5.401,55	38.284,49
UBS K	22.688,06	8.536,04	5.346,93	5.301,01	41.872,04
UBS L	20.916,54	8.532,21	5.280,21	5.257,21	39.986,18
UBS M	20.344,80	17.557,21	5.416,24	5.267,61	48.585,86
UBS N	20.344,80	13.255,04	5.346,39	5.325,77	44.272,01
UBS O	23.056,57	8.548,74	5.781,91	5.257,21	42.644,42
UBS P	22.479,08	8.534,61	5.428,77	5.260,33	41.702,79
UBS Q	22.513,91	17.354,69	5.500,20	5.257,21	50.626,01
UBS R	22.597,02	17.023,48	10.983,75	5.278,99	55.883,24
UBS S	22.287,52	8.600,21	5.667,68	4.975,33	41.530,74
UBS T	39.429,84	17.468,46	5.428,76	5.325,77	67.652,83
UBS U	20.491,42	8.741,35	5.428,76	5.258,77	39.920,31
UBS V	21.862,14	8.546,57	5.430,75	5.257,21	41.096,68
UBS W	22.513,91	8.686,45	5.428,76	5.257,21	41.886,34
UBS X	19.787,52	8.532,21	5.458,01	5.257,21	39.034,96
UBS Y	22.835,88	8.500,19	5.345,56	5.286,33	41.967,96
UBS Z	22.235,27	8.546,46	5.428,76	5.257,21	41.467,70
UBS AA	22.653,23	16.792,94	5.428,76	5.257,21	50.132,14
UBS AB	22.071,12	8.550,05	5.434,35	5.275,93	41.331,45
UBS AC	22.688,06	8.535,04	5.413,08	5.257,21	41.893,40
UBS AD	22.688,06	17.373,13	5.587,82	4.932,03	50.581,04
UBS AE	22.688,06	17.872,36	5.428,76	5.260,33	51.249,52
UBS AF	22.764,70	8.544,47	5.428,76	5.257,21	41.995,14
UBS AG	25.977,09	9.291,42	5.428,76	5.257,21	45.954,49
UBS AH	14.287,95	8.883,55	10.450,01	5.257,21	38.878,72
<b>Total</b>	<b>748.189,51</b>	<b>379.117,48</b>	<b>199.732,13</b>	<b>178.721,89</b>	<b>1.505.761,02</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

Adicionalmente, aplicou-se uma taxa de *overhead* a cada unidade básica.

A taxa de *overhead* em percentual foi atingida considerando o custo total de cada unidade básica subtraída ao custo com pessoal da ESF. Esta diferença é representada em percentual de acordo com o custo total que foi dimensionado na primeira etapa. É importante destacar que o foco deste trabalho é valorizar o custo direto da ESF, porém não podemos deixar de demonstrar o custo indireto e despesas gerais que compõem o custo da unidade básica de saúde.

A terceira etapa do estudo foi a multiplicação do valor da mediana encontrada por cargo e por unidade básica de saúde (Tabela 2), pela quantidade de colaboradores por equipe de cada unidade básica de saúde (Tabela 1), conforme tabela a seguir:

Tabela 3

**Custo total da ESF, medida em quantidades reais, da SMS de SBC, ano de 2024**

Composição ESF	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Agente Comunitário	Total	Taxa Overhead	Total com Overhead
UBS A	127.725	59.725	65.145	32.087	284.683	44%	408.739
UBS B	137.489	56.344	116.896	31.612	342.340	36%	465.276
UBS C	90.752	36.290	44.820	21.303	193.165	44%	278.364
UBS D	87.907	34.129	43.430	21.029	186.494	36%	252.794
UBS E	112.427	43.880	54.288	26.286	236.881	41%	334.618
UBS F	33.751	53.997	32.573	15.772	136.092	44%	195.428
UBS G	135.419	51.204	61.020	31.543	279.186	34%	372.935
UBS H	136.128	64.831	65.146	31.543	297.649	42%	422.097
UBS I	133.472	96.822	65.148	31.543	326.984	44%	469.908
UBS J	56.766	25.597	32.573	16.205	131.140	45%	190.394
UBS K	136.128	51.216	64.163	31.806	283.314	38%	391.292
UBS L	62.750	25.597	31.681	15.772	135.799	47%	200.289
UBS M	122.069	105.343	64.995	31.606	324.013	38%	445.960
UBS N	61.034	39.765	32.078	15.977	148.855	37%	204.136
UBS O	138.339	51.292	69.383	31.543	290.558	38%	400.283
UBS P	134.874	51.208	65.145	31.562	282.789	53%	431.399
UBS Q	90.056	69.419	44.002	21.029	224.505	18%	265.468
UBS R	135.582	102.141	131.805	31.674	401.202	26%	506.834
UBS S	66.863	25.801	34.006	14.926	141.595	47%	208.735
UBS T	276.009	122.279	76.003	37.280	511.571	43%	731.037
UBS U	81.966	34.965	43.430	21.035	181.396	45%	263.215
UBS V	153.035	59.826	76.031	36.800	325.692	48%	480.762
UBS W	135.083	52.119	65.145	31.543	283.891	38%	391.038
UBS X	59.363	25.597	32.748	15.772	133.479	57%	209.182
UBS Y	182.687	68.001	85.529	42.291	378.508	34%	505.903
UBS Z	133.412	51.279	65.145	31.543	281.379	46%	411.714
UBS AA	135.919	100.758	65.145	31.543	333.365	50%	499.259
UBS AB	66.213	25.650	32.606	15.828	140.297	38%	193.958
UBS AC	136.128	51.210	64.957	31.543	283.839	35%	383.849
UBS AD	68.064	52.119	33.527	14.796	168.507	35%	227.967
UBS AE	204.193	160.851	97.718	47.343	510.105	44%	733.183
UBS AF	136.588	51.267	65.145	31.543	284.543	41%	401.684
UBS AG	77.931	27.874	32.573	15.772	154.150	37%	211.465
UBS AH	57.152	35.534	83.600	21.029	197.315	42%	279.888
<b>Total</b>	<b>3.903.275</b>	<b>1.963.929</b>	<b>2.037.597</b>	<b>910.480</b>	<b>8.815.281</b>		<b>12.369.053</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

Conforme demonstrado na Tabela 3, o custo total e real da ESF para São Bernardo do Campo, referente a 34 unidades básicas de saúde, foi de R\$ 8.815.281,00 por média/mês. Sendo R\$ 3.903.275,00 referente a Médico, R\$ 1.963.929,00 referente a Enfermeiro, R\$ 2.037.597,00 referente a Técnico de Enfermagem e R\$ 910.480,00 referente a Agente Comunitário. Destaca-se na Tabela 3 a possibilidade de visualizar o custo da ESF e o custo total de cada unidade básica de saúde considerando a taxa de *overhead*, ou seja, R\$ 12.369.053,00.

O estudo foi realizado em dois cenários. O primeiro, demonstrado na Tabela 2, refere-se ao custo com a quantidade real de equipes. Observa-se que a quantidade real em algumas unidades se diferencia das quantidades cadastradas, pois, no estudo realizado, foi identificado que algumas unidades básicas da Estratégia Saúde da Família não possuíam a quantidade adequada de equipes. Da mesma forma, outras unidades apresentaram um número de equipes superior ao previsto, como foi identificado na Tabela 1.

O segundo cenário se refere à quantidade ideal de equipes por unidade, considerando uma equipe para 3.000 habitantes, conforme Portaria 3493/24 que cita que, “para fins de repasse financeiro do componente de vínculo e acompanhamento territorial, será considerada a população cadastrada pelas ESF até o limite máximo de pessoas por equipe”. Sendo assim, o parâmetro utilizado é o número de pessoas vinculadas por equipe, considerando o porte populacional dos municípios, conforme observado na Tabela 4:

Tabela 4

**Parâmetros para Estratégia de Saúde da Família, por porte populacional e pessoas vinculadas**

Porte Populacional (habitantes)	eSF	
	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo
1 – Até 20 mil	2.000	3.000
2 – Acima de 20 mil até 50 mil	2.500	3.750
3 – Acima de 50 mil até 100 mil	2.750	4.125
4 – Acima de 100 mil	3.000	4.500

Fonte: Portaria 3493/24.

De acordo com IBGE (2022), o município de São Bernardo do Campo, possui 810.729 habitantes, ou seja, se enquadra no porte populacional 4 – acima de 100 mil habitantes. Na Tabela 4, observa-se o parâmetro de pessoas vinculadas e o limite máximo. Como sugestão do Departamento de Atenção Básica de São Bernardo do Campo, foi utilizado para o cenário 2 deste estudo o parâmetro de pessoas vinculadas. As pessoas vinculadas são aquelas que podem ser habilitadas para fazer parte de uma equipe. Um parâmetro importante para esse vínculo é residir no mesmo bairro de determinada unidade básica de saúde.

Observa-se na Tabela 5 as quantidades ideais por cargo e por unidade. O parâmetro utilizado foram os pacientes cadastrados e habilitados por unidade de acordo com o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica) dividido pelo parâmetro de pessoas vinculadas, que, de acordo com a Portaria 3493/24 e no caso do município estudado, refere-se a 3.000 habitantes para cada médico e enfermeiro e 6.000 habitantes para técnicos de enfermagem, pois, são necessários

dois técnicos por equipe. Já no caso dos agentes comunitários, foi utilizada a premissa da Portaria 2436/17, considerando 750 habitantes por agente comunitário.

Tabela 5

**Quantidade de equipe ideal por cargo de ESF com base na quantidade de pessoas cadastradas, SMS-SBC, ano de 2024**

Composição ESF	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Agente Comunitário	Cadastrados (Fonte: Sisab)
UBS A	11	11	22	43	32.504
UBS B	9	9	18	36	27.137
UBS C	3	3	7	14	10.284
UBS D	6	6	13	25	18.813
UBS E	6	6	12	24	18.077
UBS F	6	6	11	22	16.547
UBS G	9	9	18	35	26.405
UBS H	9	9	18	35	26.574
UBS I	6	6	12	25	18.735
UBS J	4	4	9	18	13.386
UBS K	11	11	22	44	32.804
UBS L	5	5	11	21	15.763
UBS M	10	10	20	40	29.893
UBS N	3	3	6	13	9.563
UBS O	8	8	16	32	23.728
UBS P	7	7	15	30	22.297
UBS Q	6	6	13	26	19.424
UBS R	9	9	19	37	28.097
UBS S	2	2	4	8	6.023
UBS T	8	8	15	31	23.039
UBS U	8	8	15	30	22.753
UBS V	8	8	15	31	22.915
UBS W	10	10	21	42	31.336
UBS X	6	6	12	24	18.004
UBS Y	11	11	21	42	31.738
UBS Z	5	5	9	19	13.926
UBS AA	8	8	17	33	25.110
UBS AB	5	5	10	20	15.096
UBS AC	9	9	17	34	25.796
UBS AD	4	4	8	17	12.635
UBS AE	12	12	25	50	37.392
UBS AF	7	7	14	27	20.581
UBS AG	5	5	9	19	14.134
UBS AH	5	5	10	21	15.728

Fonte: Elaborado pelos autores

Na Tabela 6, foi realizada a multiplicação do valor encontrado de mediana da folha de pagamento por cargo e por unidade (Tabela 2) pela quantidade ideal por unidade (Tabela 5) e foi apresentado o resultado a seguir.

Tabela 6

**Custo total mensal da ESF, com quantidades ideais e com *overhead***

Composição ESF	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Agente Comunitário	Total	Taxa Overhead	Total com Overhead
UBS A	197.695	92.444	117.638	231.767	639.543	44%	918.236
UBS B	207.280	84.944	176.233	190.634	659.091	36%	895.774
UBS C	77.775	31.101	38.410	73.027	220.313	44%	317.486
UBS D	137.815	53.505	68.088	131.872	391.280	36%	530.383
UBS E	135.490	52.881	65.424	126.713	380.507	41%	537.505
UBS F	62.053	99.276	59.886	115.988	337.204	44%	484.224
UBS G	198.652	75.113	89.514	185.089	548.368	34%	732.505
UBS H	200.971	95.712	96.177	186.274	579.134	42%	821.273
UBS I	138.922	100.775	67.808	131.325	438.830	44%	630.641
UBS J	84.430	38.071	48.446	96.407	267.354	45%	388.154
UBS K	248.086	93.339	116.934	231.859	690.218	38%	953.279
UBS L	109.902	44.831	55.488	110.493	320.714	47%	473.018
UBS M	202.722	174.946	107.938	209.953	695.560	38%	957.344
UBS N	64.852	42.253	34.085	67.907	209.097	37%	286.751
UBS O	182.362	67.615	91.462	166.324	507.763	38%	699.513
UBS P	167.072	63.432	80.697	156.386	467.587	53%	713.310
UBS Q	145.770	112.366	71.224	136.155	465.515	18%	550.452
UBS R	211.636	159.436	205.740	197.765	774.578	26%	978.515
UBS S	44.746	17.266	22.758	39.955	124.725	47%	183.865
UBS T	302.808	134.152	83.382	163.601	683.943	43%	977.357
UBS U	155.414	66.297	82.347	159.537	463.595	45%	672.701
UBS V	166.990	65.282	82.964	160.625	475.861	48%	702.431
UBS W	235.165	90.733	113.410	219.653	658.962	38%	907.670
UBS X	118.752	51.205	65.511	126.201	361.668	57%	566.791
UBS Y	241.588	89.926	113.105	223.704	668.323	34%	893.261
UBS Z	103.216	39.673	50.401	97.616	290.905	46%	425.653
UBS AA	189.608	140.557	90.877	176.012	597.053	50%	894.166
UBS AB	111.062	43.024	54.691	106.194	314.971	38%	435.440
UBS AC	195.087	73.390	93.091	180.820	542.388	35%	733.498
UBS AD	95.555	73.170	47.068	83.088	298.881	35%	404.347
UBS AE	282.784	222.761	135.328	262.259	903.132	44%	1.298.090
UBS AF	156.173	58.618	74.486	144.265	433.542	41%	612.024
UBS AG	122.387	43.775	51.153	99.074	316.389	37%	434.027
UBS AH	74.907	46.573	109.572	110.247	341.300	42%	484.127
<b>Total</b>	<b>5.369.728</b>	<b>2.738.441</b>	<b>2.861.336</b>	<b>5.098.790</b>	<b>16.068.295</b>		<b>22.493.810</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

Neste cenário, o valor total e real da ESF para São Bernardo do Campo, referente a 34 unidades básicas de saúde, é de R\$ 16.068.295,00 por média/mês. Sendo R\$ 5.369.728,00 referente a Médico, R\$ 2.738.441,00 referente a Enfermeiro, R\$ 2.861.336,00 referente a Técnico de Enfermagem, e R\$ 5.098.790,00 referente a Agente Comunitário. Importante destacarmos que na tabela acima, conforme já mencionado, é possível visualizar o custo da ESF e o custo total de cada unidade básica de saúde considerando a taxa de *overhead*, ou seja, R\$ 22.493.810,00.

Ao analisarmos os dois cenários apresentados, observamos que há uma diferença de R\$ 7.253.014,00 no custo adicional da ESF no cenário ideal. Considerando o custo total com a taxa de *overhead*, essa diferença aumenta para R\$ 10.124.757,00 (ver Tabela 6).

É importante ressaltar que, atualmente, com os recursos disponíveis na unidade, estamos atendendo além da capacidade estimada para o número de pessoas habilitadas. O cálculo considerou a quantidade de equipes por UBS multiplicada pela quantidade mínima de habitantes (3.000), totalizando 522.000 habitantes. Com base nos registros do SISAB, estima-se que há um total de 726.237 pessoas cadastradas para serem atendidas, ou seja, estamos atendendo 204.237 pessoas a mais com a capacidade atual.

A última etapa deste estudo foi realizar o cálculo do custo da equipe ESF por porte, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 7

**Custo total mensal da ESF, por porte, na SMS-SBC, ano 2024**

Comp. ESF	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Agente Comunitário	Total	Total com Overhead
Pequeno	552.735	301.996	294.364	140.818	1.289.914	1.841.554
Médio	520.259	254.217	313.569	131.711	1.219.756	1.674.347
Grande	2.830.281	1.407.716	1.429.663	637.951	6.305.611	8.853.152
	<b>3.903.275</b>	<b>1.963.929</b>	<b>2.037.597</b>	<b>910.480</b>	<b>8.815.281</b>	<b>12.369.053</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

Cabe ressaltar que todo o cálculo foi realizado considerando as quantidades de equipes reais existentes em cada unidade básica de saúde.

Na Tabela 8, observa-se que o custo médio unitário de uma equipe da ESF apresenta similaridades entre os portes. Calculou-se o custo médio unitário dividindo o custo total com *overhead* pela quantidade total de equipe de acordo com o porte.

Tabela 8

**Custo médio unitário da ESF por porte na SMS-SBC, ano 2024**

Composição ESF	Total com Overhead	Qtde Equipe ESF	Custo Médio por equipe
Pequeno	1.841.554	27	68.205,71
Médio	1.674.347	25	66.973,87
Grande	8.853.152	122	72.566,82
	<b>2.369.053</b>		

Fonte: Elaborado pelos autores

Além das avaliações pertinentes aos custos, foi realizada uma avaliação considerando os valores de “receitas”. Foi considerado para cálculo o valor fixo de R\$ 24.000,00 por equipe de ESF cadastrada, segundo informações enviadas pelo Departamento de Atenção Básica à Saúde, multiplicado este valor pela quantidade de equipe de ESF existente em cada unidade. Este cálculo resulta no valor de R\$ 4.176.000,00 de receita por ESF. Fazendo a comparação da receita por ESF com o custo real levantado no estudo (R\$ 8.815.281,00), tem-se então um *déficit* de R\$ 4.639.280,00.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que no município de São Bernardo do Campo, algumas unidades básicas não possuem a quantidade adequada de equipes, enquanto outras apresentavam um número de equipes superior ao previsto. A análise detalhada dos custos operacionais e a categorização das unidades básicas de saúde por porte permitiram uma compreensão mais precisa das necessidades de recursos para manter a operação e equilibrar a saúde financeira das unidades.

No estudo foi evidenciado que, no município de São Bernardo do Campo, a quantidade atual de equipes de ESF que atendem as pessoas cadastradas no SISAB é inferior ao que se estima como necessário para suprir esta demanda de atendimentos.

Observou-se que, independentemente dos portes, as unidades apresentaram um custo médio por equipe similar, sendo: porte pequeno R\$ 68.205,71, porte médio R\$ 66.973,87 e porte grande R\$ 72.566,82.

A implementação da gestão de custos padronizada em todas as unidades básicas é essencial para a apuração dos custos e para a identificação de oportunidades de melhoria, uma vez que é possível compará-las por porte, sendo possível a identificação das discrepâncias e o entendimento de cada unidade. Entendemos que a aplicação de uma taxa de *overhead* e a utilização da mediana como medida central permitiram uma análise mais robusta e detalhada dos custos envolvidos como um todo, apesar da arbitrariedade da absorção destes custos indiretos.

A implementação de um sistema de gestão de custos padronizado permitiu a adequação de processos, como a baixa de materiais e medicamentos por centro de custos, que anteriormente eram baixados apenas para a unidade básica, sem considerar os setores de cada unidade. Além disso, a alocação de pessoal, contratos e outras despesas também foram ajustadas. Essa padronização possibilitou a propagação da importância da gestão de custos através da capacitação dos gestores, envolvendo-os na identificação de oportunidades de melhoria e na transparência das informações. As informações de custos são apresentadas trimestralmente para toda a diretoria dos departamentos (Departamento de Atenção Básica e Gestão de Custos, Departamento de Atenção Especializada, Departamento de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, Departamento de Proteção à Saúde e Vigilância, Departamento de Apoio à Gestão, Departamento de Administração da Saúde), indicando pontos de melhoria para ações em cada unidade.

Por fim, a análise de informações de custos é essencial para a tomada de decisões e para promover uma atenção básica de qualidade. Embora a apuração dos custos de uma equipe e porte da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresente desafios que dificultam a gestão financeira e a alocação eficiente dos recursos, esses obstáculos também oferecem oportunidades para melhorias significativas. A implementação de sistemas de gestão de custos mais robustos e a capacitação contínua dos gestores permitiram a apuração dos custos por porte e equipe, possibilitando otimizar a utilização dos recursos, melhorar a transparência e fortalecer a tomada de decisões estratégicas. Dessa forma, a ESF pode alcançar uma gestão financeira mais eficiente e eficaz, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto a população atendida.

## REFERÊNCIAS

- Conass. (2007). O Financiamento da Atenção Básica. *Atenção Primária e promoção da saúde*. Brasília, v. 8, p. 130-152. (Coleção Progestores – Para entender o SUS.) Disponível em: <http://www.conas.org.br>. Acesso em 18 jul. 2024.
- Cavalcanti, P. C.S., Neto, A. V.O., & Sousa, M.F. (2015). *Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais?* Saúde Debate, v. 39, n. 105, p.323-336.
- Feijoo, A.M.L.C. (2010). Medidas de tendência central. *A pesquisa e a estatística na psicologia e na educação* [online]. Rio de Janeiro, Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 14-22. ISBN: 978-85-7982-048-9. Acesso em 10 jul. 2024.
- Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2010). *Primary Care: A Critical Review of The Evidence on Quality and Costs of Health Care*. Health Affairs, 29(5), 766-772.
- Gil, A.C. (2017). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 6. ed. Grupo GEN.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-bernardo-do-campo.html>. Acesso em 25 jul. 2024
- Martins, E. (2003). *Contabilidade de custos*. São Paulo, Atlas.
- Matos, A.J. (2005). *Gestão de custos hospitalares: técnicas, análises e tomada de decisão*. São Paulo, STS.
- Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html).
- Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Programas agentes comunitários de saúde (PACS)/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever*. World Health Organization.