

## **Impacto das Políticas Públicas Nacionais nos Custos com Saúde**

### **Autoria**

Helen Maria da Silva Gomes - [helensgomes@hotmail.com](mailto:helensgomes@hotmail.com)

Programa de Pós-Graduação em Contabilidade – PPGC/CSE / UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

Altair Borgert - [altair@borgert.com.br](mailto:altair@borgert.com.br)

Programa de Pós-Graduação em Contabilidade – PPGC/CSE / UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

### **Resumo**

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, de natureza descritiva e quantitativa, objetivando analisar o impacto das Políticas Nacionais de Saúde nos custos com saúde no período de 2004 a 2020, utilizando as despesas municipais liquidadas, por meio dos dados de Teresina como amostra. observou-se um crescimento contínuo dos valores no decorrer dos anos, com o máximo em 2020, último ano de dados coletados. Realizou-se o Teste T independente de Student, com os pontos de cortes representando a implementação de algumas das políticas nacionais de saúde, verificando-se, assim, o impacto dessas através de sua significância. Além disso, evidenciou-se altos percentuais de investimento em campos específicos da saúde, tais como Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial. a implementação de uma nova política de saúde impacta significativamente no aumento dos valores utilizados, o que reflete uma preocupação por parte do governo com a população apresentando um foco na prevenção de todas as faixas etárias. A análise com Teste T independente de Student permite inferir que a implementação de uma nova política de saúde impacta significativamente no aumento dos valores utilizados, o que reflete uma preocupação por parte do governo com a população apresentando um foco na prevenção de todas as faixas etárias.

## Impacto das Políticas Públicas Nacionais nos Custos com Saúde

### Resumo

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, de natureza descritiva e quantitativa, objetivando analisar o impacto das Políticas Nacionais de Saúde nos custos com saúde no período de 2004 a 2020, utilizando as despesas municipais liquidadas, por meio dos dados de Teresina como amostra. observou-se um crescimento contínuo dos valores no decorrer dos anos, com o máximo em 2020, último ano de dados coletados. Realizou-se o Teste T independente de Student, com os pontos de cortes representando a implementação de algumas das políticas nacionais de saúde, verificando-se, assim, o impacto dessas através de sua significância. Além disso, evidenciou-se altos percentuais de investimento em campos específicos da saúde, tais como Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial. a implementação de uma nova política de saúde impacta significativamente no aumento dos valores utilizados, o que reflete uma preocupação por parte do governo com a população apresentando um foco na prevenção de todas as faixas etárias. A análise com Teste T independente de Student permite inferir que a implementação de uma nova política de saúde impacta significativamente no aumento dos valores utilizados, o que reflete uma preocupação por parte do governo com a população apresentando um foco na prevenção de todas as faixas etárias.

**Palavras-chave:** Custo; Saúde; Políticas Nacionais de Saúde; Gastos Públicos.

### 1 Introdução

O conceito de saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), é “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades”. Nesse contexto, a saúde está relacionada com as características do contexto sociocultural e os significados atribuídos pelos indivíduos no processo “de viver” (Dalmolin *et al.*, 2011).

À medida que se tem a evolução das tecnologias, ampliam-se as possibilidades de diagnósticos e tipos de tratamentos (Gomes & Gasparetto, 2021). Assim, a saúde apresenta-se, em termos mundiais, como a principal forma de gastos de recursos (Guimarães, 2004). Há uma crescente hospitalização e, conseqüentemente, aumento dos custos com cuidados de saúde em nível global, nacional e local (Kastor & Mohanty, 2018). Os estudos permitem observar um aumento nos valores de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, atenção primária e dispensação de medicamentos (Nilson, Andrade, Brito & Oliveira, 2020).

Desde 1970, no Brasil, grandes reformas vêm sendo realizadas no setor de saúde, visando a estabilização dos gastos, aumento da qualidade dos serviços, equidade e valorização da atenção primária. Como resultado, em todo o país, observou-se uma melhoria dos indicadores de saúde, relacionado com a expansão dos serviços e saneamento básico urbano (Lopes, Toyoshima & Gomes, 2010). Entretanto, enfatiza-se dificuldade no subfinanciamento desse sistema necessário para manter o acesso e a qualidade solicitada pela população (Mendes & Bittar, 2014). As restrições ao financiamento público e a natureza das relações público-privadas de saúde surgiram com as dificuldades na construção de um sistema público universal para ajudar a superar a fragmentação do sistema e reduzir as desigualdades na saúde, qual seja o Sistema Único de Saúde (SUS) (Machado, 2019).

O movimento do SUS iniciou-se com a Reforma Sanitária, que defendia o planejamento como questão central para abrir portas na saúde e assistência médica (Mattos, 2009). No Brasil, uma medida abordada como importante para a redução da desigualdade social é a fluoretação da água de abastecimento público, marcada pela desigualdade na implementação, representando uma das mais importantes intervenções do século XX, e o

atendimento odontológico na rede pública do SUS, desenvolvida na Estratégia Saúde da Família, não se limitando a atendimentos, mas também a levar conhecimento e ações preventivas para a sociedade (Antunes & Narvai, 2010), sendo lançada em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) sob o lema “Brasil Sorridente” (Aquilante & Aciole, 2015). Souza e Roncalli (2007) afirmam que o aumento no investimento é um reflexo da relevância da política de saúde bucal.

Outra política visando as pessoas em vulnerabilidade é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada em 2006, baseada em movimentos sociais, para melhorar as condições de vida e o fim da discriminação racial (Chehuen, 2015). A PNSIPN passou a ter força de lei em 2010 e, dessa forma, foi inserida no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual, apresentando cobertura orçamental (Batista, Barros, Silva, Tomazelli, Silva & Rinehart, 2020).

No Brasil, uma medida importante se consagrou no início de 1983, relacionando a mulher e saúde, tendo como marco o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Os anos 1990 foram marcados pela criação de Organizações Não Governamentais (ONGs) preocupadas com a saúde da mulher (Ramos, 2004). Essa assistência relaciona-se diretamente com a saúde da criança, trazendo ênfase para a saúde materna e neonatal (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado em 1990 e atualizado em 2003, tratando dessa faixa etária sob a ótica pessoal e social. Em 2008, surgiu o Plano Nacional para Primeira Infância (PNPI), apontando diretrizes e metas a serem seguidas pelo Estado para as crianças de até 06 anos de idade (Frota, Maia, Pereira, Nobre & Vieira, 2010).

Em 2011 foi implementada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT). Nesse contexto, são reconhecidas pelo MS como condicionantes e determinantes de saúde, devido à geração de sofrimento e limitação de acesso por conta da intolerância, estigma e exclusão social. Assim, a PNSI LGBT objetiva aprimorar os métodos de vigilância em saúde (Silva, Alcântara, Oliveira & Signorelli, 2020). Como parte das medidas visando atender a população brasileira, em 2013, foi implementado o Programa Mais Médicos, baseado em investimentos na infraestrutura, ampliação da graduação e especialização em medicina no Brasil e na provisão de médicos em áreas remotas e vulneráveis (Oliveira *et al.*, 2015).

O processo de preocupação com saúde mental no Brasil iniciou na década de 1970, a partir da exposição das condições dos hospitais psiquiátricos (Ramos, 2004). O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em São Paulo e expandiu para o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas) pelo Brasil (Amarante & Nunes, 2018), regulamentada em 1992 quanto ao funcionamento das equipes de saúde mental (Luzio & Yasui, 2010). Entretanto, apenas em 2016 o Ministério da Saúde (MS) incluiu o tratamento terapêutico pelo sistema público por meio da portaria “Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde” (CNES) (Rameh-de-Albuquerque, Lira, Costa & Nappo, 2017).

Assim, diversos estudos demonstram que a implementação de políticas nacionais de saúde é prática efetiva para a população (Guimarães, 2006). Entretanto, poucos estudos avaliam o efeito nos custos e sua evolução, revelando, assim, a necessidade de conhecimento das evidências sobre a repercussão econômica dessas políticas no país (Vieira, 2016; 2017). Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo **analisar o impacto das Políticas Nacionais de Saúde nos custos com saúde**, com base nas despesas municipais liquidadas de Teresina como amostra. Para tal, utilizaram-se os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), no intervalo de 2004 a 2020.

Um estudo relacionando às políticas nacionais de saúde com os custos auxilia na compreensão do contexto da saúde brasileira. Uma análise de custos possibilita aos tomadores de decisão informações mais robustas para a implementação de novas tecnologias, alternativas terapêuticas, diagnósticas ou preventivas, além de possibilitar a avaliação da eficiência e da qualidade do SUS (Moraz, Garcez, Assis, Santos, Barcellos & Kroeff, 2015). Segundo Gomes e Sousa (2020), o conhecimento e o monitoramento dos gastos com saúde permite melhorar a utilização dos recursos e implementar intervenções baseadas em evidências, como também, passa a permitir a comparação entre medidas distintas (Nilson *et al.*, 2020). Apesar da limitação do caso, foram fornecidas informações sobre o comportamento dos custos, buscando compreender de forma mais detalhada a composição de sua estrutura e com maior profundidade. Por fim, o estudo possibilita aos gestores uma melhor tomada de decisão e, para a população, mais transparência e conhecimento.

## 2 Referencial Teórico

A partir da Constituição Federal de 1988, no Brasil, a saúde foi estabelecida como um direito universal. Dessa forma, deixou de ser um dever apenas da União e passou a ser considerada de todas as esferas do governo, além de ser expandida do trabalhador segurado para toda a população (Júnior & Júnior, 2006). Assim, a saúde passou a ser vista como uma política social (Giovanella *et al.*, 2012), que leva em consideração (1) o desenvolvimento e estágio das transições epidemiológicas e demográficas; (2) as prioridades nacionais e regionais; (3) os perfis e tendências das diferentes doenças e condições de saúde; (4) as deficiências no controle de endemias; (5) as relações das prioridades nacionais e regionais com as prioridades globais; (6) a participação do setor público, privado e filantrópico; e (7) a relação da produção local de medicamentos e acesso a estes (Morel, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um destaque pela abrangência de sua implementação. Em relação ao financiamento, as transferências dos programas ocorrem de forma *per capita*, conforme população municipal. A organização da atenção primária à saúde é formada sob a gestão municipal (Giovanella & Almeida, 2017). Nesse contexto, a atenção primária é vista como a principal forma de acesso para utilização dos serviços de saúde para a população, recebendo diferentes abordagens e denominações (Guibu *et al.*, 2017).

Segundo Ros (2006), os profissionais de saúde elaboraram programas para “combater os efeitos dos comportamentos de alto risco”, que visa promover um comportamento saudável e informar à população e aos profissionais de saúde sobre o perigo de certos comportamentos, justificando isso pelos valores que eram pagos pela saúde pública, os quais na época eram de 60 milhões de dólares destinados à assistência hospitalar com doenças crônicas, 100 milhões de dólares com obesidade, 76 milhões de dólares quanto à inatividade física e 50 milhões de dólares quanto ao uso de tabaco.

Assim, em 1990, estima-se que o impacto das políticas públicas de saúde teve como resultado um gasto governamental acima de 900 bilhões de dólares; estes relacionam-se com a expansão horizontal, incluindo novos segmentos da população, e vertical, que diversificava os serviços oferecidos e suas complexidades, dos programas de universalização, mudanças nas tecnologias médicas e transformações nas estruturas de morbimortalidade (Carpintéro, 1999).

Por outro lado, Duailibi e Laranjeira (2007) afirmam que a realização de políticas relacionadas ao álcool apresenta um baixo custo e facilidade de implementação quando comparadas aos custos sociais quanto à saúde e à segurança. Corroborando com Gallassi, Alvarenga, Andrade e Couttolenc (2008), que afirmam que, quando o ônus social é maior do que as outras, deve-se elaborar metas específicas de políticas públicas, o qual é facilitado quando se tem conhecimento acerca dos custos.

Ratificando os achados de Duailibi e Laranjeira (2007) e Gallassi *et al.* (2008), Rech, Borfe, Emmanouilidis, Garcia e Krug (2016) declaram que, no Brasil, o custo atribuído à

obesidade, entre 2008 e 2010, foi de 2,8 bilhões de reais, aproximando-se a 5% dos gastos destinados à área de saúde. Acrescentado a isso, os valores são apresentados como crescentes; entre 2008 e 2011, observou-se um aumento de R\$ 16.260.197,86, o que, em longo prazo, pode tornar o tratamento insustentável. Como resultado, tem-se o incentivo a criação de políticas públicas de saúde direcionadas para este problema, que poderão refletir nos valores gastos pelo SUS.

Numa estimativa do custo de tabagismo (Pinto, Pichon-Riviere & Bardach, 2015), observou-se que os valores relacionados ao sexo masculino são três vezes maiores que do sexo feminino, e enfatizou-se novamente a adoção de políticas públicas, pois nos últimos 25 anos observou-se resultados positivos com ações já implementadas. Laranjeira e Romano (2004) afirmam, ainda, que o custo tende a diminuir quando apresenta um maior apoio da população. Além disso, afirma-se que algumas medidas brasileiras adotadas apresentam uma baixa efetividade e um alto custo.

Numa análise da política pública de fluoretação de água (Kalamatianos & Narvai, 2006), identificou-se uma economia de R\$ 83,68 no serviço público por habitante/ano. Isso confirma o achado no artigo de Barata (2013), que afirma que essas intervenções permitem uma racionalidade dos recursos escassos e aumentam a relação custo-benefício, alterando a distribuição de problemas na população. Confirmando isto, apresenta-se o estudo de Fernandes e Soares (2012), que afirma que a implementação de políticas minimiza os custos em vários setores da sociedade.

Segundo Almeida (2010) e Padoveze e Fortaleza (2014), os custos com saúde pública são crescentes, apresentando sua sustentabilidade como um desafio. Nunes (2000) afirma a importância dos custos com saneamento e profilaxia, devido aos benefícios advindos das mesmas. Sousa, Quadros, Silva e Sousa (2019) relatam um aumento de 59% do custo com atenção primária entre 2009 e 2018 no Ceará, enquanto a atenção hospitalar e ambulatorial aumentou 149,6%, a atenção básica variou em 59,5% e a vigilância sanitária aumentou apenas 3%. Morimoto e Costa (2017) apontam que o custo *per capita* em saúde aumentou de R\$ 360,38, em 2003, para R\$ 571,27, em 2012.

Nesse contexto, Araujo, Tavares, Veríssimo, Ferraz e Mesquita (2005) e Manguieira, Guimarães, Manguieira, Fernandes e Lopes (2015) afirmam que os custos são usualmente subestimados nas formulações de políticas públicas de saúde, pois não levam em consideração outros fatores, como aposentadoria precoce, desemprego ou absenteísmo. Somado a isto, outros estudos (Rech *et al.*, 2016; Gallassi *et al.*, 2008; Duailibi & Laranjeira, 2007) afirmam que um conhecimento a respeito dos custos com saúde e dos custos de implantações de medidas auxiliam aos tomadores de decisão em definir atividades estratégicas que irão impactar positivamente na saúde da população e em uma redução dos custos com saúde pelo SUS, contribuindo para um maior acesso da população ao sistema de saúde, melhor qualidade no atendimento e uma melhor alocação dos recursos escassos (Araujo *et al.*, 2005), seguindo o perfil socioeconômico e epidemiológico no país e estabelecendo prioridades (Manguieira *et al.*, 2015).

Além disso, segundo Vieira (2016, 2107), há necessidade de potencialização dos estudos de economia da saúde quanto às políticas públicas, sendo este tema considerado como útil e relevante por pesquisadores. Dentro desse contexto, existe a carência de estímulos de parcerias entre governo e universidades, objetivando tais pesquisas (Vieira, 2016). Assim, torna-se fundamental estudos econômicos quanto à realidade do SUS, sendo necessária a evidência das intervenções-chave a nível nacional (Vieira, 2017).

### 3 Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, de natureza descritiva e quantitativa, visando analisar o impacto das Políticas Nacionais de Saúde nos custos com saúde no período

de 2004 a 2020, compreendendo, assim, um lapso temporal de 17 anos. O período de corte se deu devido à indisponibilidade dos dados anteriores no Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI).

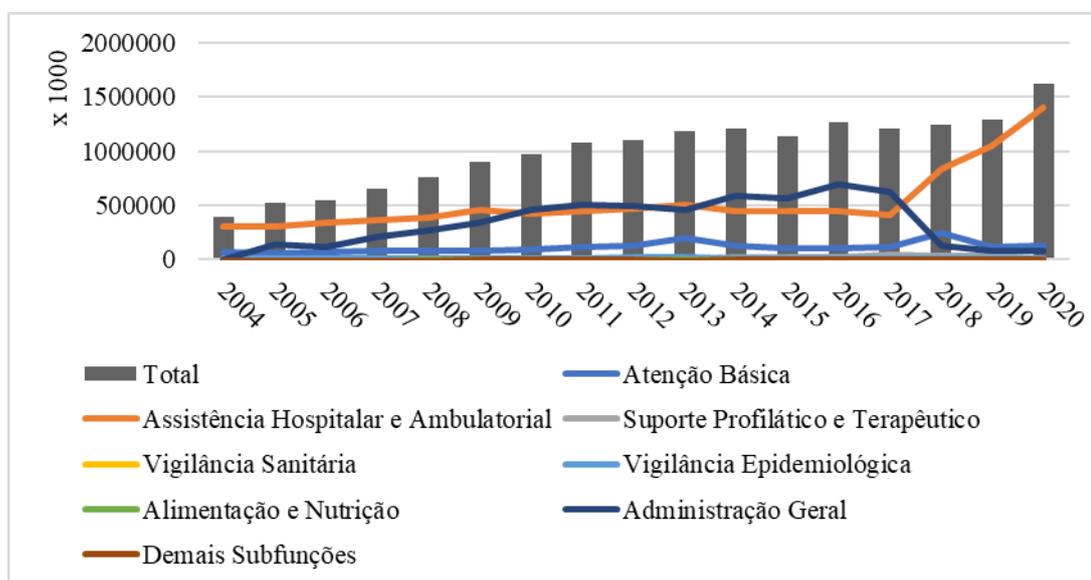
O estudo foi realizado com os dados da cidade de Teresina, que apresenta 850.198 habitantes, com uma área territorial de 1.392 Km<sup>2</sup>, considerada um Polo Regional de Saúde, referência nas regiões norte e nordeste em diversas áreas de especialidade e procedimentos de média e alta complexidade, atendendo a população de todo o estado e parte da demanda dos estados de Ceará, Maranhão, Pará e Tocantins, tendo a atividade como uma das principais formas de movimentação da economia da cidade (Cidade Verde, 2017; APSREDES; G1, 2016).

As variáveis que foram estudadas são as que compõem as despesas municipais liquidadas da área de saúde disponíveis no SICONFI – ressalta-se que para a discussão no presente artigo tratam-se as nomenclaturas “gasto”, “despesa” e “custo” como sinônimos – sendo divididas em (i) Atenção Básica, (ii) Assistência Hospitalar e Ambulatorial, (iii) Suporte Profilático e Terapêutico, (iv) Vigilância Sanitária, (v) Vigilância Epidemiológica, (vi) Alimentação e Nutrição, (vii) Administração Geral e (viii) Demais Subfunções. Além disso, levou-se em consideração os anos de 2006, 2008, 2011, 2013 e 2016; representando, respectivamente, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Plano Nacional para Primeira Infância, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Programa Mais Médicos e tratamento terapêutico das condições psiquiátricas.

Os dados foram digitados no *software* Microsoft Excel, atualizados monetariamente pela inflação com base no ano de 2021, utilizando o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) entre as datas e, então, foram transportados para programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 26.0, gerando estatísticas descritivas, como média, desvio padrão, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas. Realizou-se o Teste T independente de Student, com os pontos de cortes anteriormente mencionados que representaram a implementação de algumas das políticas nacionais de saúde, verificando-se, assim, o impacto dessas através de sua significância (*p-value*).

#### 4 Resultados

Para compreender os custos com saúde é necessário, primeiramente, compreender como estes se comportaram no decorrer dos anos; o gráfico 01 traz essa representação.



**Gráfico 01** – Comportamento do custo com saúde ao longo dos anos (por mil, em reais).

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

O custo total de saúde em Teresina aumentou em quase todos os anos, com exceção da mudança de ano de 2013 para 2014 e de 2016 para 2017, em que foi observada uma redução de R\$ 62.336.402,15 e R\$ 64.871.848,26, respectivamente. Dessa forma, a variação média foi de R\$ 76.998.880,80 por ano. Assim, o menor custo com saúde se deu em 2004, com R\$ 392.690.769,90; e o maior em 2020, com R\$ 1.624.672.863,00.

As contas Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico e Vigilância Epidemiológica tiveram, em maior parte dos anos, um aumento nos valores. A Atenção Básica aumentou 174,06% entre 2004 e 2020, Assistência Hospitalar e Ambulatorial aumentou 453,20%, Suporte Profilático e Terapêutico cresceu 659,91%, Vigilância Sanitária teve um aumento de 30,07% e Vigilância Epidemiológica aumentou 94,84%.

O valor médio gasto por ano com Atenção Básica foi de R\$ 110.894.459,39; o de Assistência Hospitalar e Ambulatorial foi de R\$ 530.642.997,72; de Suporte Profilático e Terapêutico apresenta uma média de R\$ 11.590.723,39; Vigilância Sanitária consta R\$ 213.792,65; Vigilância Epidemiológica apresenta uma média de R\$ 12.020.208,83; Alimentação e Nutrição têm como média R\$ 40.607,22; Administração Geral possui uma média de R\$ 337.855.287,37; e Demais Subfunções R\$ 149.683,27.

A análise descritiva dos custos em saúde permitiu chegar a valores de média, mínimo e máximo para o período de 2004 a 2020, conforme se demonstra na Tabela 01.

Tabela 01

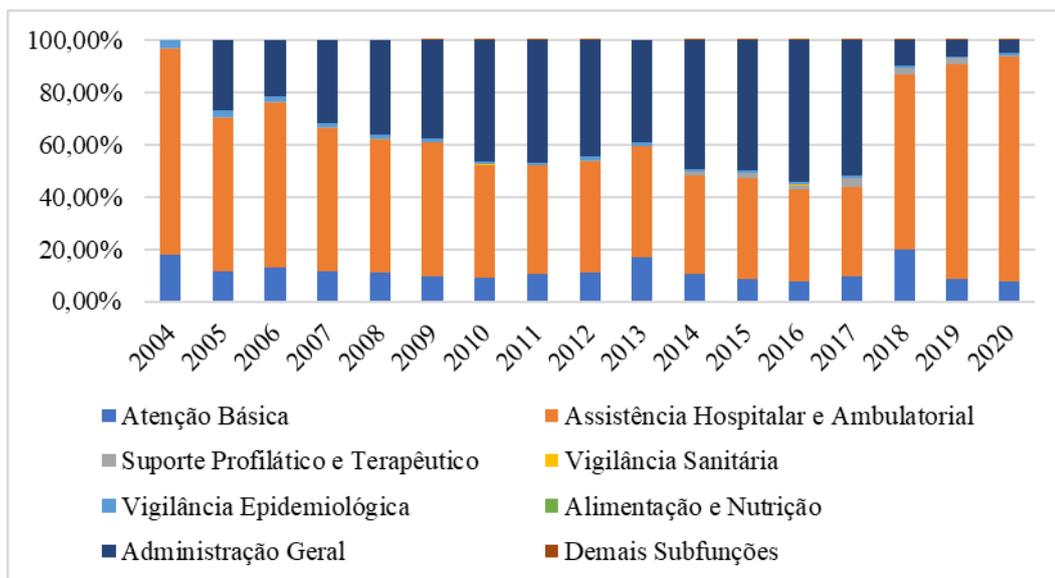
**Análise descritiva dos custos em saúde (em reais)**

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão (±)
Atenção Básica	59.735.762,95	248.135.717,96	110.894.459,39	48.345.277,93
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	304.101.137,10	1.397.897.887,51	530.642.997,72	292.310.445,22
Suporte Profilático e Terapêutico	1.053.590,65	38.475.551,41	11.590.723,39	13.398.465,42
Vigilância Sanitária	0,00	767.399,63	213.792,65	182.600,87
Vigilância Epidemiológica	9.458.939,69	15.502.257,10	12.020.208,83	1.739.559,71
Alimentação e Nutrição	0,00	261.943,93	40.607,22	68.961,67
Administração Geral	0,00	689.709.095,84	337.855.287,37	224.528.161,31
Demais Subfunções	0,00	955.919,37	149.683,27	262.152,99

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

De uma forma geral, o total gasto em saúde entre 2004 e 2020 em Teresina foi de R\$ 17.057.931.917,00; sendo que 52,88% são representados por Assistência Hospitalar e Ambulatorial, 33,67% são com Administração Geral e 11,05% com Atenção Básica. As contas Vigilância Sanitária, Alimentação e Nutrição e Demais Subfunções tiveram os menores percentuais, não chegando a 1,00%, cada. As contas Vigilância Sanitária (2019), Alimentação e Nutrição (2004, 2005, 2006, 2007, 2019 e 2020), Administração Geral (2004) e Demais Subfunções (2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2013) apresentaram momentos com valores zerados. Já quanto aos valores máximos, a conta Assistência Hospitalar e Ambulatorial chegou a apresentar um máximo de R\$ 1.397.897.887,51 por ano (em 2020).

Além disso, é importante compreender também a representatividade destas contas. O gráfico 02 apresenta o percentual das contas de custos quanto ao total liquidado na área de saúde.



**Gráfico 02** – Percentual das contas de saúde quanto ao total.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Quanto à distribuição dos gastos, em 2004, a Atenção Básica apresentava 18,05% do gasto total, em 2020, 7,59%; a Assistência Hospitalar e Ambulatorial constava com 78,55% em 2004, sofrendo um aumento para 86,04% em 2020; o Suporte Profilático e Terapêutico passou de 0,37% em 2004 para 0,58%; a Vigilância Sanitária teve uma queda de 0,11% para 0,01% e a Vigilância Epidemiológica saiu de 2,93% para 0,67%.

A Atenção Básica apresentou um mínimo de 7,59% em 2020 e um máximo de 19,93% em 2018; a Assistência Hospitalar e Ambulatorial teve um mínimo de 34,36% em 2017 e um máximo de 86,04% em 2020; o Suporte Profilático e Terapêutico consta um mínimo de 0,13% em 2010 e um máximo de 3,19% em 2017; a Vigilância Sanitária apresentou um máximo de 0,11% em 2004; a Vigilância Epidemiológica apresentou um mínimo de 0,67% em 2020 e um máximo de 2,93% em 2004; a Alimentação e Nutrição constaram com um máximo de 0,02% em 2012; a Administração Geral teve um máximo de 54,29% em 2016; e as Demais Subfunções apresentaram um máximo de 0,08% em 2016. Ressalta-se que as contas nas quais não foram indicados os mínimos, deu-se devido à existência de valores zerados que foram anteriormente citados.

Após uma visão geral dos dados, utiliza-se o Teste T independente de Student para verificar se há uma relação entre as médias antes e após datas que foram marcos para as Políticas Nacionais de Saúde, conforme se observa na Tabela 02. Os dados foram analisados com quantidades homogêneas de informações antes e após as implementações.

Tabela 02

**Análise a partir da aplicação do Teste T independente de Student**

Variável	P-Valor				
	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	Plano Nacional para Primeira Infância	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Programa Mais Médicos	Tratamento Terapêutico das Condições Psiquiátricas
Atenção Básica	0,024	0,033	0,001	0,137	0,271
Assistência Hospitalar e	0,050	0,001	0,001	0,070	0,090

Ambulatorial							
Suporte Profilático e Terapêutico		0,076	0,136	0,037	0,001	0,110	
Vigilância Sanitária		0,038	0,453	0,741	0,496	0,828	
Vigilância Epidemiológica		0,478	0,065	0,001	0,027	0,640	
Alimentação e Nutrição		0,191	0,060	0,977	0,024	0,076	
Administração Geral		0,030	0,001	0,001	0,272	0,109	
Demais Subfunções		0,423	0,050	0,080	0,033	0,154	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006) teve uma diferença entre as médias significantes em Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Vigilância Sanitária e Administração Geral. Ressalta-se que apenas Vigilância Sanitária teve uma variação significativa, reduzindo entre 2004 e 2009, as demais foram significantes quantos ao crescimento.

O Plano Nacional para Primeira Infância (2008) apresentou um *p-value* significativo nas contas de Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Administração Geral e Demais Subfunções. Em todas as contas, a diferença entre as médias foi marcada pelo aumento entre 2004 e 2013.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) apresentou relevância nas contas Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Administração Geral. Novamente as contas indicaram para um aumento significativo entre 2006 e 2017.

O Programa Mais Médicos (2013) teve o *p*-valor significativo nas contas de Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Demais Subfunções. A conta Alimentação e Nutrição apresentou uma redução nos valores entre 2008 e 2019, enquanto as demais aumentaram.

A implementação do Tratamento Terapêutico das Condições Psiquiátricas (2016) não impactou significativamente nenhuma conta.

## 5 Discussão dos Resultados

O debate sobre os gastos em saúde está cada vez mais presente à medida que aumentam as pressões financeiras (Gomes, Nascimento, Sousa & Almeida, 2021). Além disso, observa-se um aumento dos valores relacionados a novas tecnologias e medicamentos (Kos, Santos, Klein & Scarpin, 2015).

Observou-se um aumento dos valores de Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. A Atenção Básica, nos últimos 30 anos, passou por profundas transformações, em que foram desenvolvidas atividades na atenção primária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), oferecendo à população uma maior assistência em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ampliando o acesso à saúde e modificando o modelo assistencial (Pinto & Giovanella, 2018).

Quanto à Assistência Hospitalar e Ambulatorial, observou-se uma expansão de atendimento básico para média e alta complexidade. As mudanças contínuas nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como da população, refletem nos modelos assistenciais e de financiamento dos hospitais (Malik & Novaes, 2007). Assim como no estudo de Sousa *et al.* (2019), realizado no Ceará, bastante assistência financeira tem sido dada a este campo.

Na rede assistencial, observou-se um aumento do número de estabelecimentos de maneira relevante. O número de hospitais variou de maneira mais discreta. E os prontos-

socorros, que antes não tinham uma quantidade relevante, surgem de forma mais expressiva nos anos 1990 (Viacava, Oliveira, Carvalho, Laguardia & Bellido, 2018).

O Suporte Profilático e Terapêutico tem um foco em saneamento, educação e tratamento de doenças, evitando a disseminação e contaminação. A Vigilância Sanitária fiscaliza processos que possam causar danos aos trabalhadores, enquanto a Vigilância Epidemiológica trabalha em territórios, combatendo as enfermidades (Silva, Freire, Nascimento, Correia & Miranda, 2019). Dessa forma, observa-se uma presença do cuidado em saúde tanto no tratamento, quanto na prevenção, sendo comprovado pelo aumento de financiamento destas áreas. Além disso, o perfil da gestão sanitária alterou com a implantação do SUS, antes era predominantemente privada e, em 2005, 25 anos após a implementação, os estabelecimentos públicos representavam 56,4% do total (Junqueira *et al.*, 2010).

A busca por inclusão da população negra no acesso à saúde veio como forma de mitigar a desigualdade social existente. Nessa perspectiva, surgiu em 1998 “A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas” e, em 2001, o “Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente” (Werneck, 2016), sendo marcada, em 2006, pela criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Após a institucionalização desta política, pode-se observar um aumento significativo nos recursos utilizados, sendo o mais impactante no acesso à Atenção Básica, que visa “garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde” como um dos principais objetivos (Werneck, 2016).

O Plano Nacional para Primeira Infância (2008) visa educar as crianças de forma a orientá-las no futuro (Torres, 2021). Nesse contexto, dois tópicos principais são abordados: (1) educação em saúde e (2) atendimento odontológico na primeira infância. Segundo o observado nesse estudo, verificou-se um aumento significativo nos custos após a implementação, os quais podem ser justificados, pois estudos apontam que investir no momento da primeira infância pode ocasionar em menores valores no futuro (Essvein, Baumgarten, Rech, Hilgert & Neves, 2019; Andrade, Campos & Moita, 2018).

Assim como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) também surgiu com o objetivo de redução de desigualdade social. Ambas apresentam a característica de beneficiar um grupo específico dividindo o custo entre a coletividade – política redistributiva (Costa, 2020). Na análise desta política, observou-se que 62,5% das contas tiveram um aumento significativo. Estas políticas apresentam como base a equidade, integralidade e universalidade. As principais mudanças no contexto da saúde com essa política referem-se à disseminação de conhecimento da saúde LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) e à capacitação de funcionários para atendê-los (Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011).

Outro fator de destaque é referente à mão-de-obra. Com a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Mais Médicos houve um aumento da oferta de recursos humanos (médicos, enfermeiros e dentistas) que atendem através do SUS. Acrescentado a isso, há, também, a implantação de outros profissionais para a formação de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Viacava *et al.*, 2018). Isto foi comprovado através desta pesquisa, na qual o Programa Mais Médicos está diretamente relacionado a um maior investimento em Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Demais Subfunções.

O fornecimento de medicamentos pelo SUS iniciou em 1990, contribuindo para a prevenção e tratamento em saúde. Em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que constava medicamentos essenciais para a população. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) foi publicada em 2000 e sofreu atualizações

em 2002, 2006, 2008 e 2010. Em 2006 sofreu uma divisão entre Básico, Especializado e Estratégico (Vasconcelos, Chaves, Azeredo & Silva, 2017).

Nesse contexto, em 2016, foi incluído Tratamento Terapêutico das Condições Psiquiátricas. Segundo Lima (1999), as condições psiquiátricas apresentam um alto custo individual, social e econômico. Ademais, o custo da assistência médica e tratamento farmacológico são importantes em termos de saúde pública (Lima, 1999; Diniz, Medeiros & Schwartz, 2012). Entretanto, conforme o observado pelos dados desse estudo, a implementação desta medida não impactou de forma significativa no crescimento do custo em saúde.

## 6 Conclusão

Apesar da evolução no SUS, parte da população ainda não recebe assistência deste. Dessa forma, é importante conhecer estes custos para um melhor gerenciamento dos recursos e para que o SUS atenda ao máximo de pessoas possíveis. Esta temática mostrou-se, na literatura (Vieira, 2016; Vieira, 2017), como relevante e útil para a população e tomadores de decisão, apresentando uma necessidade de proximidade entre pesquisadores e governo, almejando tais pesquisas.

Corroborando com o estudo de Sousa *et al.* (2019), observou-se um crescimento contínuo dos valores no decorrer dos anos, com um máximo em 2020, último ano de dados coletados. Além disso, notou-se altos percentuais de investimento em campos específicos da saúde, tais como Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, consoante aos resultados de Sousa *et al.* (2019) e, também, em Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. A ampliação do investimento em todas as áreas de saúde demonstra preocupação em não apenas tratar o paciente com enfermidade, mas, também, prevenir estas enfermidades e complicações futuras.

Ros (2006), Garcia e Krug (2016) e Pinto *et al.* (2015) afirmam que a implementação de políticas públicas de saúde impacta em uma melhor saúde para a população e menores gastos futuros. Por outro lado, a análise com Teste T independente de Student permite inferir que a implementação de uma nova política de saúde impacta significativamente no aumento dos valores utilizados, o que reflete uma preocupação por parte do governo com a população apresentando um foco na prevenção de todas as faixas etárias. Observou-se, ainda, que as ações de saúde impactam não apenas na saúde física da população, mas corrobora com o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – vide início do texto.

Além disso, relaciona-se com a educação de forma direta, conforme o discutido por Essvein *et al.* (2019) e Andrade *et al.* (2018), pois gera ações para que a população adquira conhecimento e, também, incentiva a formação de novos profissionais e a participação destes no Sistema Único de Saúde (SUS). Outra ação motora da saúde refere-se à implantação de novas estruturas em locais com acesso mais restrito e populações marginalizadas (Viacava *et al.*, 2018), criando um vínculo com a redução da desigualdade social.

Este estudo apresenta como limitação o fato de ter sido destinado apenas para a análise de um caso, entretanto, isto não prejudicou a pesquisa, pois propiciou uma análise pormenorizada dos dados, além disto, esta pesquisa difere-se ao realizar uma análise com um longo corte temporal, permitindo a análise a longo prazo dos dados. Para pesquisas futuras, recomenda-se a implementação de novas variáveis associadas à população e avaliação da relação entre estas e uma expansão dos dados coletados, com a inclusão de novas cidades.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, L. M. D. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.
- Amarante, P., & Nunes, M. D. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.
- Andrade, A. M. S., Campos, R. C. G., & Moita, C. E. (2018). Educação em saúde para prevenção de acidentes domésticos na infância. *Revista de Trabalhos Acadêmicos-Universo Salvador*, 25, 5-17.
- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, 19, 181-186.
- Antunes, J. L. F., & Narvai, P. C. (2010). Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 44, 360-365.
- APSREDES. Situação de Saúde Teresina. Available at: <https://apsredes.org/situacao-de-saude-teresina-pi/> (Cited date jan 06, 2022).
- Aquilante, A. G., & Aciole, G. G. (2015). O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal-" Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciência & saúde coletiva*, 20(1), 239-248.
- Araujo, D. V., Tavares, L. R., Veríssimo, R., Ferraz, M. B., & Mesquita, E. T. (2005). Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84, 422-427.
- Barata, R. B. (2013). Epidemiologia e políticas públicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16, 3-17.
- Batista, L. E., Barros, S., Silva, N. G., Tomazelli, P. C., Silva, A. D., & Rinehart, D. (2020). Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde e Sociedade*, 29, e190151.
- Carpintéro, J. N. C. (1999). Custos na área de saúde-considerações teóricas. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- Cidade Verde. (2017). Especial Teresina: Polo de Saúde é referência Norte/Nordeste. Available at: <https://cidadeverde.com/vida/86137/especial-teresina-polo-de-saude-e-referencia-norte-nordeste> (Cited date jan 06, 2022).
- Chehuen, J. A., Fonseca, G. M., Brum, I. V., Santos, J. L. C. T. D., Rodrigues, T. C. G. F., Paulino, K. R., & Ferreira, R. E. (2015). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciencia & saude coletiva*, 20, 1909-1916.
- Costa, C. C. D. (2020). Diversidade LGBTQI+ em Porto Alegre: uma análise sobre a política municipal de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, interssexuais e pessoas com identidade de gênero não binária (LGBTQI+).
- Dalmolin, B. B., Backes, D. S., Zamberlan, C., Schaurich, D., Colomé, J. S., & Gehlen, M. H. (2011). Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery*, 15, 389-394.
- Diniz, D., Medeiros, M., & Schwartz, I. V. D. (2012). Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 479-489.

- Duailibi, S., & Laranjeira, R. (2007). Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41, 839-848.
- Essvein, G., Baumgarten, A., Rech, R. S., Hilgert, J. B., & Neves, M. (2019). Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. *Revista de Saúde Pública*, 53.
- Federal, S. (1988). Constituição. *Brasília (DF)*.
- Fernandes, M. T. D. O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 1494-1502.
- Frota, M. A., Maia, J. A., Pereira, A. S., Nobre, C. S., & Vieira, L. J. E. S. (2010). Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. *Enfermagem em Foco*, 1(3), 129-132.
- G1. (2016). 'Riquezas do Piauí' mostra Teresina como referência no setor de saúde. Available at: <http://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2016/05/riquezas-do-piaui-mostra-teresina-como-referencia-no-setor-de-saude.html> (Cited date jan 06, 2022).
- Gallassi, A. D., Alvarenga, P. G. D., Andrade, A. G. D., & Couttolenc, B. F. (2008). Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35, 25-30.
- Giovanella, L., & Almeida, P. F. D. (2017). Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00118816.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. D. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Eds.). (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Gomes, H. M. S., Nascimento, J. C. H. B., Sousa, A. R. C., & Almeida, A. N. M. (2021). GASTOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE COM TRATAMENTO EM ONCOLOGIA. *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18(2), 74-89.
- Gomes, H. M. S., & Sousa, A. R. C. (2020). Análise das Despesas Públicas com Aposentadoria por Doença no Brasil. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- Gomes, H. M. S., & Gasparetto, V. (2021). Custos de infecções hospitalares: uma revisão da literatura. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- Guibu, I. A., Moraes, J. C. D., Guerra, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. D. A., Costa, K. S., ... & Álvares, J. (2017). Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51.
- Guimarães, R. (2004). Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 9, 375-387.
- Guimarães, R. (2006). Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 40, 3-10.
- Júnior, A. P., & Júnior, L. C. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. *Espaço para a Saúde. Londrina*, 8(1), 13-19.
- Junqueira, T. D. S., Cotta, R. M. M., Gomes, R. C., Silveira, S. D. F. R., Siqueira-Batista, R., Pinheiro, T. M. M., & Sampaio, R. F. (2010). As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 918-928.

- Kalamatianos, P. A., & Narvai, P. C. (2006). Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 63-69.
- Kastor, A., & Mohanty, S. K. (2018). Disease-specific out-of-pocket and catastrophic health expenditure on hospitalization in India: do Indian households face distress health financing?. *PloS one*, 13(5), e0196106.
- Kos, S. R., Santos, N. P., Klein, L., & Scarpin, J. E. (2015). Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS?. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- Laranjeira, R., & Romano, M. (2004). Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 68-77.
- Lima, M. S. D. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 01-05.
- Lopes, L. S., Toyoshima, S. H., & Gomes, A. P. (2010). Determinantes sociais da saúde em Minas Gerais: uma abordagem empírica. *Revista Econômica do Nordeste*, 41(1), 77-96.
- Luzio, C. A., & Yasui, S. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em estudo*, 15, 17-26.
- Machado, C. V. (2019). Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. *Globalization and health*, 15(1), 1-12.
- Malik, A. M., & Novaes, H. M. D. (2007). Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 822-823.
- Mangueira, S. D. O., Guimarães, F. J., Mangueira, J. D. O., Fernandes, A. F. C., & Lopes, M. V. D. O. (2015). Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 27, 157-168.
- Mattos, R. A. D. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 771-780.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. D., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 7-28.
- Mendes, J. D. V., & Bittar, O. J. N. V. (2014). Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 16(1), 35-39.
- Moraz, G., Garcez, A. D. S., Assis, E. M. D., Santos, J. P. D., Barcellos, N. T., & Kroeff, L. R. (2015). Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3211-3229.
- Morel, C. M. (2004). A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & saúde coletiva*, 9, 261-270.
- Morimoto, T., & Costa, J. S. D. D. (2017). Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 891-900.
- Nilson, E. A. F., Andrade, R. D. C. S., Brito, D. A. D., & Oliveira, M. L. D. (2020). Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e32.

- Nunes, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 251-264.
- Oliveira, F. P. D., Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R. D., Figueiredo, A. M. D., Araújo, S. Q. D., ... & Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 623-634.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (1946). Carta da Organização Mundial de Saúde. Available at: <http://www.onuportugal.pt/oms.doc> (Cited date nov 26, 2021).
- Padoveze, M. C., & Fortaleza, C. M. C. B. (2014). Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Revista de saúde pública*, 48, 995-1001.
- Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1903-1914.
- Pinto, M. T., Pichon-Riviere, A., & Bardach, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1283-1297.
- Rameh-de-Albuquerque, R. C., Lira, W. L., Costa, A. M., & Nappo, S. A. (2017). Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). *Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 1-2.
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 1067-1078.
- Rech, D. C., Borfe, L., Emmanouilidis, A., Garcia, E. L., & Krug, S. B. F. (2016). As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 1(1), 192-202.
- Ros, M. A. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. *Bagrichevsky M, et al.*
- Silva, A. D. C. A. D., Alcântara, A. M., Oliveira, D. C. D., & Signorelli, M. C. (2020). Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190568.
- Silva, V., Freire, E. P. P., Nascimento, L. M. S., Correia, J. J. A., & Miranda, L. C. (2019). ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS NO PERÍODO DE 2013 A 2017. *Revista Conhecimento Contábil*, 8(1).
- Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI). Despesas liquidadas no bimestre. Available at: [https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracao/declaracao\\_list.jsf](https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracao/declaracao_list.jsf) (Cited date nov 23, 2021).
- Sousa, N. L., Quadros, E. T., Silva, M. R. F., & Sousa, M. H. L. (2019). EVOLUÇÃO DO GASTO COM SAÚDE NO CEARÁ (BRASIL) COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE. *TEMAS DE ECONOMIA DA SAÚDE* V, 51.
- Souza, T. M. S. D., & Roncalli, A. G. (2007). Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2727-2739.
- Torres, E. M. (2021). A educação infantil no Plano Nacional pela Primeira Infância.

- Vasconcelos, D. M. M. D., Chaves, G. C., Azeredo, T. B., & Silva, R. M. D. (2017). Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2609-2614.
- Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & saúde coletiva*, 23, 1751-1762.
- Vieira, F. S. (2016). Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. *Saúde e Sociedade*, 25, 306-319.
- Vieira, F. S. (2017). Evidências econômicas de intervenções em saúde sob a perspectiva do sistema único de saúde: por que e para que produzi-las e utilizá-las?. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(2).
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25, 535-549.