



12º Congresso UFSC de Controladoria e Finanças
12º Congresso UFSC de Iniciação Científica em Contabilidade
5º UFSC *International Accounting Congress*

Certificamos que o trabalho intitulado **O Impacto Da Implementação De Uma Política Pública De Saúde: Uma Análise De Custos Com Saúde No Município De Florianópolis** de autoria de **Rafaela Eede, Altair Borgert, Helen Maria da Silva Gomes**, foi apresentado por **Rafaela Eede** no **12o. Congresso UFSC de Controladoria e Finanças & 5o. UFSC International Accounting Congress & 12o. Congresso UFSC de Iniciação Científica em Contabilidade**, realizado na cidade de Florianópolis - SC, Brasil, de 19/09/2022 a 20/09/2022, contabilizando carga horária de 2hs.

Prof. Edilson Paulo
Coordenador Geral



Consulte os anais do
Congresso pelo QR Code



O impacto da implementação de uma política pública de saúde: uma análise de custos com saúde no município de Florianópolis.

Rafaela Eede

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

E-mail: rafaela.eede@gmail.com

Altair Borgert

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

E-mail: altair@borgert.com.br

Helen Maria da Silva Gomes

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

E-mail: helensgomes@hotmail.com

Resumo

O estudo analisa o impacto no comportamento dos custos, no período de 2013 a 2021, decorrentes da inclusão das comunidades terapêuticas na Política Nacional de Saúde, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no município de Florianópolis/SC. Através do levantamento das despesas liquidadas com saúde presentes nos Balanços Orçamentários anuais do município, foi efetuada uma análise dos custos, assim como a média de custo com saúde por habitante no período. Realizou-se o Teste T independente de Student para verificar o impacto da Política Nacional de Saúde incluída, com ponto de corte em 2016. Ao se comparar o custo total em saúde de todos os anos apresentados, o ano que teve destaque com maior custo foi 2021. Já, o ano que apresentou menor despesa com saúde foi 2018. Ao se considerar o passar dos anos, comparado com 2013, em 2021 houve um aumento total de custos de 109,42%. Nota-se que, com o passar dos anos, o custo médio por habitante reduziu, apesar de não se apresentar essa mesma relação quanto ao custo total. O resultado do Teste T mostrou que a inclusão das Comunidades Terapêuticas no cadastro, em 2016, não impactou significativamente nas despesas de nenhuma das categorias. Pode-se concluir, assim, que em Florianópolis/SC os custos com saúde não aumentaram gradativamente com o passar do tempo, mesmo que os custos em saúde, de forma geral, apresentem uma tendência de crescimento. A subfunção de Atenção Básica é a que mais recebe recursos financeiros no município. Outras políticas públicas também possuem pouco impacto nos custos, pois apresentam um baixo custo e facilidade de implementação.

Palavras-Chave: Políticas Públicas de Saúde; Custos; Saúde.

Linha temática: Contabilidade Gerencial.





1. Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o qual abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, até o transplante de órgãos, o que garante acesso integral, universal e gratuito para todos os brasileiros. Nessa direção, o SUS foi criado com o objetivo de apoiar a saúde, a assistência médica e a implantação de sistemas preventivos, e se baseia nos princípios de universalidade, igualdade e integralidade.

A prevenção e promoção da saúde é direito de toda a população brasileira e, para isso, é preciso entender as necessidades e prioridades das pessoas (Carnut & Ferraz, 2022). Além do trabalho de conhecer as necessidades da população, outro desafio é controlar os custos envolvidos com a saúde, visto que acontece alto uso de recursos, não somente financeiros, mas humanos, materiais e tecnológicos utilizados para a manutenção do sistema, o que faz com que a gestão e a otimização de tais custos exijam certo grau de complexidade (Silva, Alcantara, Baiocchi & Abbas, 2019). De forma a conceituar, conforme Martins (2017), custo é o gasto necessário no momento da utilização dos fatores de produção de bens ou então serviços, para a fabricação de um produto ou execução de um serviço. Para a Contabilidade Gerencial, esse conceito é mais amplo, o que prioriza a utilidade das informações para a tomada de decisão. Assim, os termos “gastos”, “despesas” e “custos” podem ser tratados como sinônimos (Schultz, Silva, & Borgert, 2008), caso esse que é levado em consideração por este artigo, sem entrar nas diferenças conceituais existentes, particularmente no Brasil.

Duailibi e Laranjeira (2007) citam que conhecer os custos com cuidado de saúde e os custos de realização de intervenções define atividades estratégicas positivas para os tomadores de decisão. Um estudo feito por Soares, Rosa e Zonatto (2020), acerca dos reflexos do uso do sistema de custos na qualidade da gestão pública na percepção dos gestores em um município do Rio Grande do Sul, observa-se um resultado positivo conforme as percepções dos usuários da informação. Eles destacaram que foram identificadas melhorias importantes na qualidade da gestão do município, principalmente no acompanhamento orçamentário e na destinação de recursos financeiros quando se tem um sistema organizado de custos. Um ponto de melhoria na gestão de custos, de acordo com os gestores, é no que se refere ao atendimento à saúde, visto que é uma das áreas com maior insatisfação dos usuários.

Almeida (2010) cita que a sustentabilidade dos custos com a saúde é um desafio. Essa afirmação também é corroborada por Cobaito e Cobaito (2021), que evidenciam o fato de que há restrições orçamentárias em específico para o setor da saúde e, sobretudo, pela falta de recursos nos municípios. Além disso, tem-se o crescimento da demanda por serviços do SUS com o decorrer dos anos. De acordo com os autores, essa crescente demanda é motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros, como o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes de trânsito e a violência e o crescimento do desemprego, que fez com que quase três milhões de pessoas abandonassem os planos de saúde e procurassem pela rede pública entre 2015 e 2019, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Após a saúde se tornar um dos direitos universais, também passou a ser vinculada às políticas públicas econômicas e sociais (Júnior & Júnior, 2006). Hoje, com a saúde como direito universal, tem-se a atenção básica como porta preferencial de acesso ao SUS, como forma de desenvolver a atenção integral por meio de práticas de cuidado longitudinal nos diversos ciclos de vida, fundamentando-se na promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e outros (Nantes Castro & Zaleski, 2021).

A Atenção em Saúde Mental é uma política pública ofertada pelo SUS e institucionalizada pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A Atenção em Saúde





Mental é direcionada para o atendimento de pessoas que sofrem com transtornos mentais em estabelecimentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem por finalidade a criação, articulação e organização dos estabelecimentos que ofertam tratamento na área da Saúde Mental (Mexko & Benelli, 2022). Em 2016, o Ministério da Saúde incluiu as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no intuito de torna-las “Polos de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde” (Brasil, 2016). Estudos anteriores afirmam que a implementação de políticas públicas é prática e efetiva (Guimarães, 2006), entretanto, pouco se sabe a respeito dos seus custos.

Assim, para validar a viabilidade econômica de Políticas Nacionais de Saúde, num contexto de aumento da demanda por serviços do SUS, o presente estudo objetiva analisar o impacto no comportamento dos custos, no período de 2013 a 2021, decorrentes da inclusão das comunidades terapêuticas na Política Nacional de Saúde, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A justificativa para a realização do presente estudo se dá pela necessidade de uma melhor evidenciação dos custos provenientes da verba de investimentos públicos para a área da saúde, além da utilização dos dados da amostra para o conhecimento e o monitoramento dos gastos, o que permite melhorar a utilização dos recursos, como indica Gomes, Nascimento, Nunes e Caddah Neto (2022). Além disso, este estudo serve para validar a viabilidade econômica dos procedimentos realizados e permitir o controle de processos e atividades que resultam em custos para o governo, inclusive por ineficiência ou falta de planejamento por parte dos responsáveis.

2. Referencial Teórico

2.1. Políticas Públicas de Saúde no decorrer da história

Ao longo da história, as políticas públicas em saúde e cuidado no Brasil passaram por modificações. O início do século XX foi marcado por poucas ações voltadas à saúde e pelos surtos epidêmicos, por meio de campanhas sanitárias e alguns programas especiais de tratamento da tuberculose, de problemas materno-infantis, entre outros. Nessa época, o Estado brasileiro esteve voltado para políticas relativas aos aspectos econômico-desenvolvimentistas, enquanto as ações de saúde pública, no cuidado à população, ficavam em segundo plano. Por conta de grandes epidemias a saúde ficou restrita ao sanitarismo (Nantes *et al.*, 2018).

Em meados de 1945, com o fim do governo Vargas, o país vivenciou 19 anos de democracia. O campo da saúde, entre as décadas de 1940 e 1950, se beneficiou desse ambiente e alguns avanços foram conquistados, principalmente no que diz respeito à saúde pública (Shimizu *et al.*, 2018). Mais à frente, a partir de 1970, a política de saúde se concentrava nas ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravantes, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária sob responsabilidade do Ministério da Saúde e da assistência médica individual centrada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Napolitano (2014) cita que nessa mesma década muitos serviços de saúde pública encerraram suas atividades ou passaram a funcionar de forma ineficiente devido à falta de verbas, e as doenças anteriormente controladas por políticas públicas de saúde ressurgiram.

No ano de 1988 a saúde no Brasil se tornou um dos direitos universais por meio da Constituição Federal. Com isso, a saúde foi vinculada às políticas públicas econômicas e sociais (Júnior e Júnior, 2006). A Constituição de 1988 (Brasil, 1988), no artigo 198, descreve que o SUS, além de outras fontes, será financiado também com os recursos do Orçamento da Seguridade Social. Entretanto, a questão do financiamento do SUS começou a se tornar um





problema. Em decorrência do crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, a previdência foi obrigada a utilizar grande parte do Orçamento da Seguridade Social. Em 1993, como uma fonte de financiamento da assistência médica, a receita das contribuições dos empregados e empregadores, que é um terço do orçamento do Ministério da Saúde, passou a financiar exclusivamente o pagamento de benefícios da previdência, obrigando o Ministério da Saúde a se endividar para custear as despesas (Araújo, Cecílio & Reis, 2012).

2.2. Os custos com saúde

No Brasil, as políticas públicas de saúde possuem como um dos pilares primordiais a descentralização das ações e dos recursos até o nível municipal (Marinho, 2003). Os municípios brasileiros possuem alto gasto com despesas de saúde e saneamento básico, alocando em média 27,6% do total das despesas correntes nestas funções da despesa do governo (Sousa, Rosa, & Ribeiro, 2019). Cobaito e Cobaito (2021) evidenciam que há restrições orçamentárias para o setor da saúde e, sobretudo, falta de recursos nos municípios. Assim, tornam-se fundamentais estudos econômicos quanto à realidade do SUS, sendo necessária a evidência das intervenções-chave a nível nacional (Vieira, 2017).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) informam que a maioria dos estabelecimentos com serviço de urgência, em 2020, atenderam ao SUS (sendo o montante de 10.678 estabelecimentos). Ao se relacionar esse quantitativo com o ano de 2010, pode-se observar um crescimento aproximado de 50%. Já, pensando no âmbito privado, a quantidade de estabelecimentos com atendimento particular ficou em 3.728 em 2020, que não apresenta variação significativa ao longo do tempo. Em consonância com esses dados, Padoveze e Fortaleza (2014) afirmam que os custos com saúde pública estão em constante aumento e, assim, sua sustentabilidade se torna um desafio. Ligado a isso, debates sobre os gastos em saúde estão cada vez mais presentes à medida que aumentam as pressões financeiras (Gomes, Nascimento, Sousa, & Almeida, 2021).

As características de política pública, nesse caso, com foco previdenciário brasileiro, podem impactar no comportamento individual e no orçamento fiscal do governo federal (Gomes *et al.*, 2022). Dessa forma, é importante monitorar e compreender os gastos com saúde para, assim, aperfeiçoar o uso de recursos escassos e adotar intervenções baseadas em evidências, além de ser essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção econômica para o futuro.

Diversos estudos mostram a importância da implementação de políticas nacionais de saúde para gerar eficiência no atendimento das necessidades da população. Por exemplo, Pinto, Pichon Riviere e Bardach (2015) destacam que a política de controle do tabagismo no Brasil avançou muito nos últimos 25 anos, e dessa forma refletiu em resultados positivos na redução da prevalência de casos. Entretanto, ainda há espaço para a melhoria da eficiência das ações já adotadas, como o aumento dos preços e impostos e a oferta de tratamento para parar de fumar. Ainda, citam que a implementação de políticas públicas de saúde impacta numa melhor saúde para a população, além de também gerar menores gastos futuros.

Com o objetivo de visar o atendimento das necessidades da população e menores gastos futuros, pode-se citar o estudo feito por Duailibi e Laranjeira (2007) que, no caso específico de políticas públicas relacionadas ao álcool, concluem que a sua implementação tem um baixo custo quando comparada aos custos em saúde e a segurança pública de modo geral. Assim, a exemplificação mostra o direcionamento oferecido por Gallassi, Alvarenga, Andrade e Couttolenc (2008), que afirmam que quando o ônus social de alguma medida é maior, devem-se elaborar metas específicas de políticas públicas, as quais são facilitadas quando se tem conhecimento acerca dos custos.





É fundamental que se tenham estudos econômicos quanto à realidade do Sistema Único de Saúde, sendo sua evidência necessária para intervenções em nível nacional (Vieira, 2017). O monitoramento e conhecimento dos custos com saúde permitem melhor uso dos recursos e implementação de intervenções baseadas em evidências, assim como também permite a comparação de medidas distintas (Nilson, Andrade, Brito & Oliveira, 2020). Esse conhecimento e monitoramento, também, auxiliam os tomadores de decisão em definir estratégias que podem impactar de maneira positiva na saúde da população e numa redução dos custos com saúde pelo Sistema Único de Saúde, como já citado anteriormente. Além disso, proporciona à população um caráter de transparência dos gastos públicos, o que pode acarretar numa maior cobrança dos gestores para a eficiência no uso desses valores.

3. Metodologia

Com o objetivo de analisar o impacto no comportamento dos custos decorrentes da inclusão das comunidades terapêuticas na Política Nacional de Saúde, o município de Florianópolis/SC foi escolhido como alvo do estudo para resultar numa análise relevante, visto que o mesmo é considerado referência no quesito Atenção Básica. Em 2018, Florianópolis foi considerada a capital brasileira com melhor saúde primária de acordo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ, 2018), onde, 93% das equipes de Saúde da Família do município tiveram avaliação ótima, muito boa e boa, diferente da média das outras capitais que foi de 43%.

Por se tratar de uma pesquisa longitudinal retrospectiva, foram coletados os dados das despesas liquidadas com saúde presentes nos Balanços Orçamentários anuais do município, progressivos no período entre 2013 e 2021, todos disponibilizadas pelo Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI). O período inicial explorado se deve pela indisponibilidade de informações nos anos anteriores a 2013 e o período final se deve à disponibilidade de dados completos e consistentes. Além disso, a natureza do estudo é quantitativa e descritiva, visto que há evidenciação de variáveis e, também, descrição das características da população.

Foi efetuada uma análise do comportamento dos custos assim como a média de custo com saúde por habitante no período de 2013 a 2021, utilizando-se como variáveis as despesas liquidadas com saúde em Florianópolis. As despesas que constam nos Balanços Orçamentários e, também, utilizadas no presente estudo são as seguintes: 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. Para o cálculo do custo médio por habitante, utilizou-se as informações sobre população estimada realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU/IBGE, 2022). Também, foi considerado para análise, como representantes dos efeitos da inclusão das comunidades terapêuticas, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (política pública voltada para a saúde mental incluída em 2016) cujo ponto de corte o ano de 2016.

Os dados das despesas liquidadas foram transportados para o *software* Microsoft Excel e, em seguida, utilizando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), foram atualizados pela inflação para o ano base 2021. Após a atualização pela inflação, os dados foram conduzidos para o programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 26.0, gerando as estatísticas descritivas de média, desvio padrão, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas. Finalmente, para o ponto de corte (2016) que representa a implementação da política pública de inclusão das comunidades terapêuticas, foi feito o Teste



T independente de Student, que possibilita verificar o impacto desta e sua significância através da análise p-value.

4. Análise dos dados e resultados

O gráfico a seguir (figura 01) evidencia o comportamento dos custos com saúde em Florianópolis, no período de 2013 a 2021.

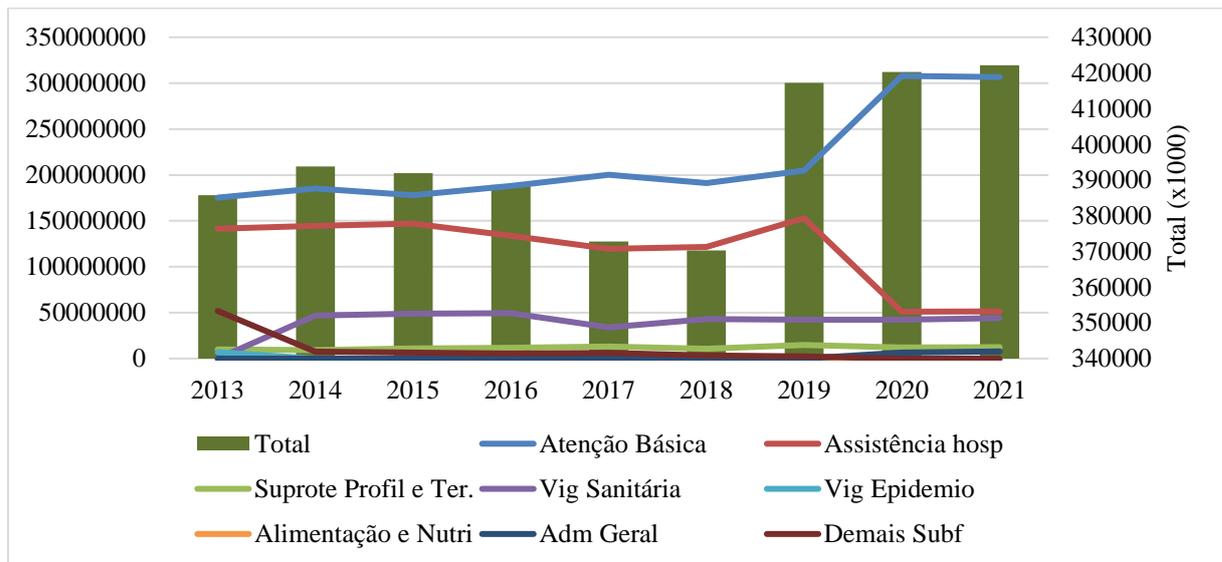


Figura 01. Comportamento dos custos com saúde de 2013 a 2021.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Ao se comparar o custo total em saúde de todos os anos apresentados, o ano que teve destaque com maior custo foi 2021, com R\$ 422.139.380,06. Já o ano que apresentou menor despesa com saúde foi 2018, que resultou em R\$ 370.294.610,25. Ao se considerar o passar dos anos, comparado com 2013, em 2021 houve um aumento total de custos de 109,42%.

Outro dado é que a média total de gastos no município no período de análise foi de R\$ 395.872.759,63. Essa média é a que mais se aproxima dos custos alcançadas em 2014, que foi de R\$ 393.768.759,96. De maneira geral, o total de dinheiro investido/gasto com saúde entre 2013 e 2021 na cidade de Florianópolis/SC, somando-se todos os valores, foi de R\$ R\$ 3.562.854.836,71.

A tabela 01 mostra o cenário de todas as categorias de contas relacionadas nesta pesquisa através da análise descritiva dos custos em saúde. Com isso, permitiu chegar aos valores de mínimo, média e máximo para o período de 2013 a 2021.

Tabela 01. Análise descritiva das variáveis (em reais)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Atenção Básica	175.344.380,58	307.914.088,88	215.222.401,19	52.984.122,79
Assistência Hospitalar	51.094.827,22	152.997.502,54	118.221.723,40	39.545.006,21
Suporte Profilático e Terapêutico	9.223,37	14.857.516,67	11.739.609,86	9.223,37
Vigilância Sanitária	0,00	49.481.930,23	39.033.594,97	15.346.903,16
Vigilância Epidemiológica	0,00	7.004.373,00	778.263,67	2.334.791,00

Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00
Administração Geral	0,00	7.838.350,07	1.601.742,82	3.193.956,23
Demais Subfunções	0,00	51.908.103,20	92.233,72	16.228.319,82
Total	370.294.610,25	422.139.380,06	395.872.759,63	19.685.924,87

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Através de uma análise descritiva, pode-se chegar aos valores médios gasto por ano com cada uma das variáveis. No que se refere a Atenção Básica, as despesas médias anuais foram de R\$ 215.222.401,19. Já, as despesas com Assistência Hospitalar ficaram com uma média de R\$ 118.221.723,40; de Suporte Profilático e Terapêutico apresentou uma média de R\$ 11.739.609,86; Vigilância Sanitária R\$ 39.033.594,97; Vigilância Epidemiológica apresentou o valor de R\$ 778.263,67; Administração Geral ficou com média de R\$ 1.601.742,82 anuais e demais Subfunções R\$ 92.233,72. Cabe ressaltar que a conta “Alimentação e Nutrição” apresenta valores zerados no que se refere a despesa liquidada em todos os anos.

Dos R\$ 3.562.854.836,71 totais gastos com saúde no decorrer dos anos verificados, 54,37% foram destinados a Atenção Básica, variável a qual utilizou maior parte do recurso destinado à saúde no município. Cabe destacar que ela chegou a apresentar um valor máximo de R\$ 307.914.088,88 por ano.

Importante frisar que a conta de Alimentação e Nutrição teve valor zerado em todos os anos. Apesar de não apresentarem despesas zeradas em todos os anos, algumas contas também, zeraram em algum momento, são elas: Administração Geral (de 2013 a 2019), Vigilância Epidemiológica (de 2014 a 2021), Vigilância Sanitária (2013) e Demais Subfunções (2020 e 2021). Por esse motivo, se forem desconsideradas as contas que tiveram mais de 3 anos zerados, as contas que tiveram menor significância no total destinado a saúde nos anos foram Suporte Profilático e Terapêutico e Demais Subfunções, representado 2,97% e 2,34% do total, respectivamente.

A seguir, apresentam-se os custos com saúde por habitante no município de Florianópolis, de 2013 a 2021.

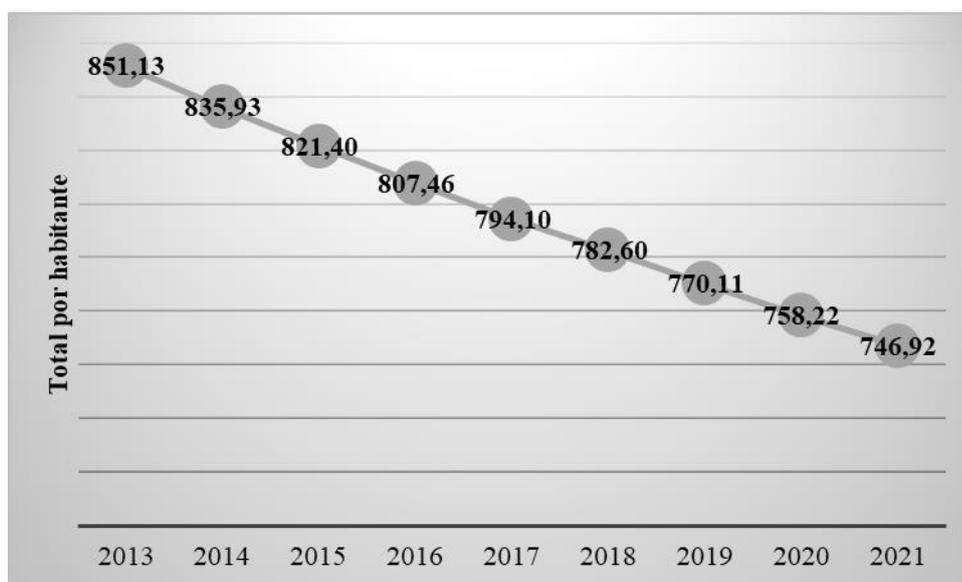


Figura 02. Comportamento dos custos com saúde por habitante de 2013 a 2021 (em R\$).

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Nota-se que, com o passar dos anos, o custo médio por habitante reduziu, apesar de não se apresentar essa mesma relação quanto ao custo total. Seu máximo foi em 2013, no qual apresentou um valor de R\$ 851,13, e seu mínimo foi em 2021, com R\$ 746,92. Dessa forma, 2021 teve um custo por habitante 12,24% menor que no ano de 2013. Ao se levar em consideração o intervalo de um ano, o período que teve maior queda nos custos por pessoa foi de 2013 a 2014, quando essa diminuição foi de R\$ 15,19 (1,79%). No geral, a média *per capita* dos custos com saúde no período em análise foi de R\$ 796,43.

Ao analisar as categorias isoladamente, o aumento e diminuição de custos por habitante variaram bastante ao longo do período. A Atenção Básica, por exemplo, teve um aumento de R\$ 196,42 de 2019 para 2020, porém ressalta-se que esse aumento pode estar relacionado à pandemia por COVID-19, que resultou em uma emergência nos serviços públicos de saúde em todo o Brasil. Já, em 2018, ao se comparar com os gastos da categoria em 2017, teve uma diminuição de R\$ 24,25 por pessoa, ou seja, 5,89%. O custo relacionado às Demais Subfunções foi o único que acompanhou essa queda de despesas com custos na maior parte do tempo. Inclusive, de 2013 a 2014 houve uma diminuição drástica de 85,60% com despesas nessa conta. A exceção referente às Demais Subfunções foi em 2017, quando houve um aumento em relação ao ano anterior de 8,37%.

A figura 03 apresenta a representatividade de cada subfunção de acordo com o total, nos anos de análise.

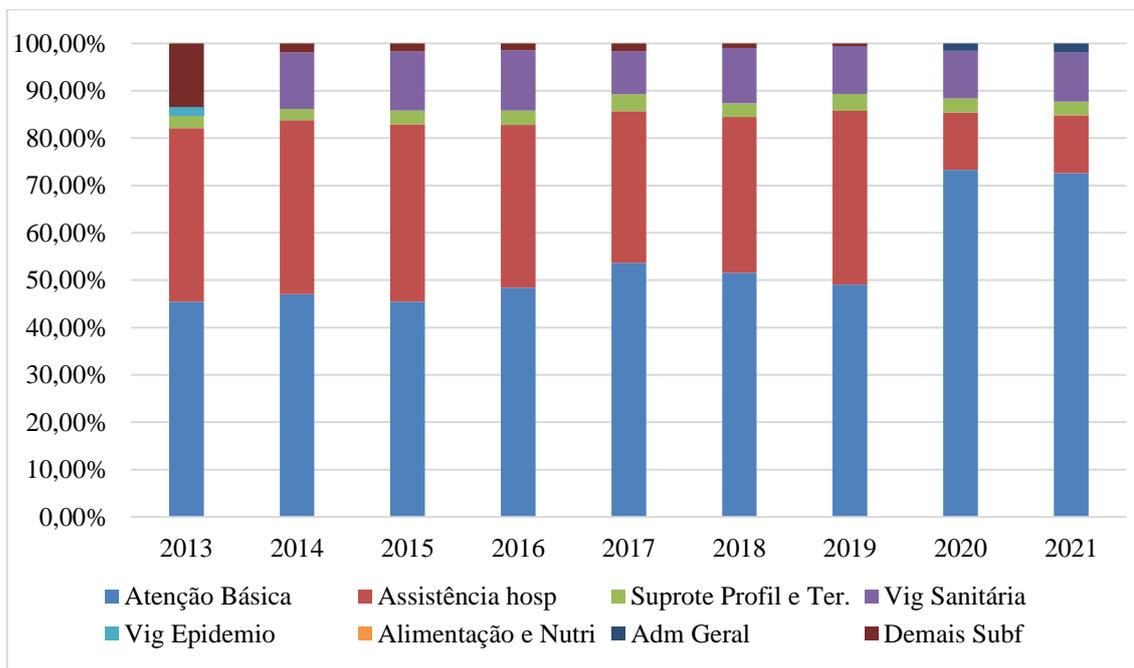


Figura 03. Percentual das categorias dos custos com saúde quanto ao total.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Pode-se observar que, em todos os anos, os custos com Atenção Básica representaram mais de 45% do total de gastos. Em 2020 foi o ano que essa conta mais teve significância, no qual atingiu um máximo de 73,27% do total de despesas com saúde. As despesas com Assistência Hospitalar, também, tiveram representatividade bastante considerável, principalmente nos anos de 2013 a 2019. Em 2015 essa representatividade foi de 37,51%, já

em 2020 foi de 12,16%. Nota-se na figura 02, que nos anos de 2020 e 2021 as Demais Subfunções não aparecem representadas no gráfico, o que mostra o fato de que as despesas da categoria ficaram zeradas nesse período.

A conta de Suporte Profilático e Terapêutico teve um máximo de 3,03% em 2016 e um mínimo de 2,35% em 2014. A Vigilância Sanitária teve um máximo de 12,73 em 2016 e seu mínimo foi desconsiderado visto que teve seu valor zerado em 2013. Assim como a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica, a Administração Geral e Demais Subfunções tiveram seu mínimo desconsiderado pois apresentaram valores zerados em alguns anos. A conta Demais Subfunções teve seu máximo em 2013, com 13,45% de representatividade.

Depois da verificação geral dos dados, sua representatividade e comportamento per capita, é investigado se há alguma relação entre as médias de custos antes e após 2016 através do Teste T independente de Student e a Política Nacional de Saúde de “Tratamento Terapêutico das Condições Psiquiátricas” implementada nesse mesmo ano. Os dados foram analisados com quantidades homogêneas de informações antes e depois da implementação dessa política pública. A tabela 02 evidencia o resultado do teste.

Tabela 02. Análise a partir da aplicação do Teste T independente de Student

Variável	P-valor
Atenção Básica	0,205
Assistência Hospitalar	0,210
Suporte Profilático e Terapêutico	0,076
Vigilância Sanitária	0,749
Vigilância Epidemiológica	0,391
Administração Geral	0,391
Demais Subfunções	0,279
Total	0,735

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Conforme a tabela 02, o resultado do Teste T independente de Student através da variação das médias entre 2013 e 2016 e 2017 até 2020 mostrou que a inclusão das Comunidades Terapêuticas no cadastro do CNES, em 2016, não impactou significativamente nas despesas de nenhuma das categorias, visto que em nenhuma delas o P-valor foi menor que 0,05. A variável que chegou mais próxima do valor mínimo para ser considerado o impacto da inclusão da política pública foi o Suporte Profilático e Terapêutico.

5. Discussão da análise

A qualidade da saúde pública de Santa Catarina pode ser avaliada por meio do Índice de Desenvolvimento Municipal Sustentável (IDMS), que é calculado pela Federação Catarinense dos Municípios (FECAN), pois mensura requisitos tais como a cobertura da atenção básica, fatores de risco e proteção, morbidade e mortalidade em cada município do estado (Engelage, Reis, Borgert & Barbeta, 2018). Além disso, segundo dados da Pesquisa



Nacional de Saúde (PNS), feita pelo IBGE em 2013, o estado possui os menores índices de mortalidade infantil e as melhores taxas de esperança de vida.

Engelage *et al.* (2018), por meio dos dados do Estado de Santa Catarina de 2012 a 2017, verificou a eficiência da aplicação de recursos públicos municipais em saúde e chegaram num resultado per capita no que se refere a gastos com Atenção Básica de R\$ 640,48, ou seja, 86,5% dos gastos totais com saúde. Dessa forma, corroborando com os achados dos autores, pode-se observar que em todos os anos da amostra a Atenção Básica foi a subfunção que consumiu maior parte do total de gastos com saúde no município de Florianópolis/SC. Inclusive, em 2020 foi o ano que essa conta mais teve significância, atingindo um máximo de 73,27% do total de despesas com saúde. Tal fato pode estar relacionado à pandemia por COVID-19, como mencionado anteriormente.

Como já citado, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) informam que vem crescendo os estabelecimentos com serviço de urgência que atendem ao SUS. Atrelado a isso, tem-se o aumento da expectativa de vida da população e a tendência de emprego de novas tecnologias na saúde com o passar dos anos (Cardinaels, Roodhooft & Herck, 2004). Além disso, em Florianópolis/SC, houve um aumento considerável no número de habitantes de 2013 a 2021, representando 14% de aumento de um ano para o outro (IBGE, 2021). Com a análise feita acerca do comportamento dos custos em saúde por habitante no município, nota-se que o custo médio per capita diminuiu ano após ano. Seu máximo foi em 2013, apresentando um valor de R\$ 851,13, e seu mínimo foi em 2021, com R\$ 746,92. Além disso, observa-se que mesmo durante o período crítico da pandemia por COVID-19, o custo médio por habitante continuou reduzindo em 2020 e 2021.

A atenção primária em saúde, ou atenção básica à saúde (como se consolidou denominar os cuidados ofertados pela ampla rede de serviços básicos do Sistema Único de Saúde), tem tido um papel de protagonismo essencial para o processo de reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde (Cecilio & Reis, 2018). Ainda, os autores indicam que a atenção básica à saúde é a aposta central para produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde e buscar o acesso universal e a proteção social em saúde. Observando os números, a subfunção de Atenção Básica foi a que mais consumiu recursos públicos de saúde, chegando ao seu máximo de R\$ 306.516.774,26 em 2021, além de ser uma categoria que vem gerando mais gastos ao longo dos anos.

Cumprir destacar ainda que, desde o estabelecimento do SUS, prevalece o enfoque do modelo voltado para a Atenção Básica, sendo as demais modalidades caracterizadas como seletivas (Prieto, 2018). Isso pode ser explicado pela grande diferença de custos se comparar Atenção Básica e Assistência Hospitalar em todos os anos, como por exemplo, em 2021, os custos com Atenção Básica foram praticamente seis vezes maiores que o gasto com Assistência Hospitalar no mesmo ano. Assim, ressalta Prieto (2018), a relevância das pesquisas direcionadas a temas da atenção básica (ou primária), que é considerada, conforme mencionado, a porta de entrada do sistema público, e potencial ordenadora dos cuidados em saúde.

Como explica o Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (Brasil, 2022), desde 2006, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), implementada pelo Ministério da Saúde, repassa o incentivo financeiro conhecido como Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), para os estados e municípios. O recurso transferido por meio do FAN chega como parte do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, no componente de implantação de ações e serviços de saúde. Entretanto, não foi identificado valores na subfunção Alimentação e Nutrição, cujos saldos de despesas liquidadas estão zerados nos anos analisados.





Foi verificado que, apenas nos anos de 2020 e 2021, a categoria de Administração Geral apresentou valores diferentes de zero. Entretanto, nesses mesmos anos, as Demais Subfunções apresentaram valores zerado. De acordo com Silva, Freire, Nascimento, Correia e Miranda (2020), Outras Subfunções considera dentro da categoria o apoio administrativo, ou seja, a administração e manutenção. Dessa forma, tem-se que os gastos relativos à administração, nos anos anteriores a 2020, foram considerados nas Demais Subfunções.

A Vigilância Sanitária fiscaliza os processos que possam causar danos ao trabalhador, ao meio ambiente e à saúde da população, enquanto a Vigilância Epidemiológica identifica as doenças e epidemias, combatendo as enfermidades (Silva *et al.*, 2020). Vale destacar que durante o período analisado houve um aumento no que se refere Suporte Profilático e Terapêutico, assim como ocorreu uma diminuição na categoria de Vigilância Sanitária.

Em 2012 foi aprovada a Portaria nº 131/2012 (Brasil, 2012), sob a gestão de Alexandre Rocha dos Santos Padilha, que passou a destinar recursos do Ministério da Saúde, para as Comunidades Terapêuticas (CT). Em 2016, essas Comunidades Terapêuticas passaram a ser incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2016). Essa política pública de inclusão não afetou os custos destinados à saúde no mesmo ano em que foi incluída, conforme foi observado através da aplicação do Teste T independente de Student.

Acerca da gestão na área da saúde em duas regiões distintas, por meio de estudo, Alves, Quevedo e Bellini (2021) juntaram a opinião de gestores municipais, cujos entrevistados relataram a insuficiência de recursos financeiros como uma dificuldade de gestão dos municípios. Visto que a saúde é um direito universal, conforme trata a constituição, é obrigação dos órgãos públicos atender as necessidades da população, mesmo com limitação de recursos. Sendo assim, analisar o impacto que as políticas públicas causam nos custos pode ser um facilitador para que os recursos sejam melhor administrados, além de evitar falta de verba para os planos de aplicação de recursos e desperdício com gastos equivocados, já que estes são normalmente limitados.

6. Conclusão

Como Silva *et al.* (2019) explicam, controlar os custos envolvidos com a saúde é um desafio, dado o alto uso de recursos financeiros, humanos e tecnológicos utilizados para a manutenção do sistema. Como pode-se observar na análise, as despesas provenientes dos recursos financeiros tiveram seus valores mais baixos nos anos de 2017 e 2018 e seus máximos foram de 2019 a 2021, apresentando oscilação de aumento e diminuição de custos ano a ano. Pode-se concluir, assim, que em Florianópolis/SC, as despesas com saúde não aumentaram gradativamente com o passar do tempo, mesmo que os gastos na área de saúde tendenciem a aumentar, visto que há ampliação do SUS (já citado anteriormente), aumento da expectativa de vida dos indivíduos e a tendência de emprego de novas tecnologias com o passar dos anos (Cardinaels *et al.*, 2004).

Como observado, a subfunção de Atenção Básica é a que mais recebe recursos financeiros no município, pois é a conta que mais gera custos atualmente, o que corrobora com o achado de Engelage *et al.* (2018). Esses valores podem ser justificados por Prieto (2018), que cita que desde o estabelecimento do SUS, prevalece o enfoque do modelo voltado para a Atenção Básica, sendo as demais modalidades caracterizadas como seletivas.

Conhecer os custos e entender os impactos que as ações governamentais de incentivo a saúde causam, assim como na área da educação e segurança, pode esclarecer o que é viável e não viável aplicar para a população, dentro do que é essencial e que pode trazer mais custo benefício para as pessoas, conforme Gallassi *et al.* (2008). Quando o ônus social de alguma





medida é maior, devem-se elaborar metas específicas de políticas públicas, as quais podem ser facilitadas quando se tem conhecimento dos custos.

Em conformidade com Nilson *et al.* (2020), sobre o monitoramento dos custos com saúde, isso pode permitir melhor uso dos recursos e implementação de intervenções baseadas em evidências, assim como também permitir comparações de medidas distintas. Também, pode-se perceber que o conhecimento acerca dos impactos das políticas públicas nos custos pode ajudar a criar estratégias para economia de recursos e evitar o seu uso equivocado, como o exemplo da compra de cloroquina e hidroxicloroquina para o combate da Covid-19, que mesmo sem comprovação científica de eficácia e eficiência, geraram custos que poderiam ter sido gastos em outros insumos para enfrentamento da pandemia, conforme destacado por Souza (2021).

Ao passo que as políticas públicas de saúde são ações que resultam em benefícios para a população de maneira a manter a saúde como direito universal, algumas dessas políticas podem não ter impacto relevante nos custos, como o caso da inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, conforme evidenciado através do Teste T independente de Student. Outras políticas públicas que possuem pouco impacto nos custos, como cita Duailibi e Laranjeira (2007), são as relacionadas ao álcool, pois apresentam um baixo custo e facilidade de implementação quando se comparada, por exemplo, a segurança pública no geral.

A principal limitação do estudo diz respeito ao corte temporal da análise, visto a falta de dados anteriores a 2013, pela não disponibilidade dos Balanços Orçamentários anteriores ao referido ano no site do SICONFI. Entretanto, não impossibilitou a análise do comportamento dos custos no período contemplado, e nem mesmo o impacto que a política pública de inclusão das comunidades terapêuticas causou nos custos, visto que foi explorado o mesmo período, em termos de tamanho, antes e depois da sua implementação.

Outra possível limitação poderia se dar ao fato de que foi realizada a análise de apenas um município. Por outro lado, dessa forma permitiu verificar o comportamento dos custos de maneira mais descritiva, além do que permitiu fazer uma relação dos custos com a população. Para pesquisas futuras sugere-se a realização de uma análise comparativa do impacto que uma ou mais políticas públicas causaram nos custos com saúde em dois ou mais municípios. Além disso, pode-se fazer uma análise de impacto das políticas públicas voltadas para a área da educação, utilizando-se como variável os custos liquidados com educação.

Referências

Agência Nacional de Indicadores do Setor. (s.d). Dados e indicadores do setor. Available at: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. (Cited date mai 30, 2022).

Almeida, L. M. D. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 79-92.

Alves, C., Quevedo, A., & Bellini, M. (2021). Gestão em saúde na visão de gestores municipais de duas regiões de saúde: desafios e potencialidades. *Revista Saúde em Redes*, 6(3), 67-79.

Araújo, E. C. d., Cecílio, L. C. d. O., & Reis, D. O. (2012). Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. *Una-sus*, 3-19.

Brasil. Ministério da Saúde (2016). Portaria Nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de





Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Portaria MS/GM Nº 131. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de serviços de atenção em regime residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 3º ciclo. Available at: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ed_ab_abs_b_certificacao.pdf. (Cited date mai 15, 2022).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Financiamento das ações de alimentação e nutrição. Available at: <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnan/financiamento>. (Cited date jul 15, 2022).
- Cardinaels, E., Roodhooft, F. & Herck, G. V. (2004). Drivers of cost system development in hospitals: results of a survey. *Health Policy*, 69. 239–252.
- Carnut, L., & Ferraz, C. B. (2022). Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 45, 451–466.
- Cecilio, L., & Reis, A. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8).
- Cobaito, V. Q., & Cobaito, F. C. (2021). SUS – Sistema Único de Saúde: a Gênese, Contemporaneidade, e os desafios do amanhã. *Ivona Saúde*, 160-177.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília. (Artigos 196 a 200) Seção II DA SAÚDE. Available at: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. (Cited date mai 18, 2022).
- Dias, B. M., Badagnan, H. F., Marchetti, S. P. & Zanetti, A. C. B. (2021). Gastos com internações psiquiátricas no estado de São Paulo: estudo ecológico descritivo, 2014 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30 (2).
- Dualibi, S., & Laranjeira, R. (2007). Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41, 839-848.
- Engelage E., Reis L. S., Borgert A. & Barbeta P. A. (2018). Reflexo da aplicação dos recursos públicos municipais nos indicadores de saúde em Santa Catarina. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*. Available at: <https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/4506>. Congresso Brasileiro de Custos-ABC; (Cited date 20, jul, 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.
- Gomes, H. M. S., Nascimento, J. C. H. B., Nunes, A. N. M., Caddah Neto, E. D. (2022). Análise das despesas públicas com aposentadoria por doença no Brasil. *RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v. 19, n. 2, 1-13.





- 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.
- Governo Federal. (2020). Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Available at: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. (Cited date mai, 26 2022).
- Guimarães, R. (2006). Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 40, 3-10.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2013). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. Available at: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. (Cited date jul 20, 2022).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). Santa Catarina | Florianópolis | Panorama - IBGE Cidades. Available at: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. (Cited date jun 05, 2022).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2021. Available at: <https://static.poder360.com.br/2021/12/Sintese-de-Indicadores-Sociais-Uma-analise-das-condicoes-de-vida-da-populacao-brasileira-2021.pdf>. (Cited date mai 12, 2022).
- Júnior, A. P., & Júnior, L. C. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, 8(1), 13-19.
- Marinho, A. (2003). Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Economia*, 57(2), 515- 534.
- Martins, E. (2018). *Contabilidade de custos*. 11. ed. São Paulo: Atlas.
- Mexko, S., & Benelli, S. (2022). A política nacional de saúde mental brasileira: Breve análise estrutural/Brazilian National Mental Health Policy: Brief structural analysis. *Em Pauta* (Rio De Janeiro), 20(49), 33.
- Nantes, F. P., Castro, G. J. M. & Zaleski, E. G. F. (2018). Os matizes do cuidado nas políticas públicas de saúde brasileira. *Trajetórias Humanas Transcontinentais*, (4).
- Napolitano, M. (2014). *1964: História do Regime Militar Brasileiro*. São Paulo: Contexto.
- 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 (2018). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.
- Padoveze, M. C., & Fortaleza, C. M. C. B. (2014). Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil.
- 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.
- Prieto, M., & Guerra, M. (2018). Avaliação na saúde pública: um olhar sobre o desempenho dos municípios Brasileiros na subfunção Atenção Básica à Saúde. *RAHIS. Revista De Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 15(2), 13-31.



- Shimizu, H. e., Pereira, M. F. & Cardoso, A. J. C. (2018). *Política, planejamento e gestão participativa em saúde*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Silva, B. N., Alcantara, C. C. V., Baiocchi, S. V. F., & Abbas, K. (2019). 16 anos de estudos sobre a gestão de custos em hospitais: realizações, lacunas e oportunidades de pesquisas futuras. *Pensar Contábil*, 22(79), 4-17.
- Silva, V., Freire, E. P. P., Nascimento, L. M. S., Correia, J. J. A., & Miranda, L. C. (2020). 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 anuais. Available at: https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracao/declaracao_list.jsf. (Cited date jun 06, 2022).
- Schultz, C. A., Silva, M. Z., & Borgert, A. (2008). É o Custeio por Absorção o único método aceito pela Contabilidade? In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*. Available at: <https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/1370/1370>. (Cited date jul, 28, 2022).
- Soares, C. S., Rosa, F. S., & Zonatto, V. C. S. (2020). Reflexos do uso do sistema de custos na qualidade da gestão pública com base na percepção de gestores municipais de Santa Maria/RS. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 19(1), 1-15.
- Sousa, A. M., Rosa, F. B. & Ribeiro, A. M. (2019). Influência dos gastos públicos no crescimento e desenvolvimento econômico: uma análise em municípios de Santa Catarina. In *Anais do 9º Congresso UFSC de Controladoria e Finanças*.
- Souza, D. (2021). Cloroquina e hidroxicloroquina no Brasil: um caso de ineficácia na gestão da saúde pública. *Revista de Salud Pública* (Bogotá, Colombia), 23(2), 1-7.
- 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? *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 229-236.