

POLÍTICA FISCAL, CRISES E DESPESAS EM SAÚDE DA UNIÃO: ANÁLISE DO PERÍODO 2010–2024

FISCAL POLICY, CRISES AND HEALTH EXPENDITURE OF THE UNION: ANALYSIS OF THE PERIOD 2010–2024

POLÍTICA FISCAL, CRISIS Y GASTO SANITARIO DE LA UNIÓN: ANÁLISIS DEL PERÍODO 2010-2024

 10.56238/revgeov17n2-163

Arthur Henrique Resende Lira

Graduando em Ciências Econômicas

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Email: arthurhlira@gmail.com

José João Victor de O. L. Almeida

Graduando em Ciências Econômicas

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Email: josejvictor.ol@gmail.com

Nathan Pereira G. de Sousa

Graduando em Ciências Econômicas

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Email: nathan.pereira@estudante.ufcg.edu.br

Julio Cesar Nascimento

Doutor em Desenvolvimento Econômico

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

e-mail: eco.jcn@gmail.com

Luana da Silva Ribeiro

Doutora em Economia

Instituição: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP)

e-mail: luanasribeiro78@gmail.com

Stéphani Cetimia Mariotti Ruiz

Doutoranda em Desenvolvimento Econômico

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

e-mail: stephanimariottirui1234@gmail.com

RESUMO

Este artigo analisa a evolução dos gastos federais com saúde no Brasil no período de 2010 a 2024, a partir dos dados da Lei Orçamentária Anual (LOA), deflacionados pelo IPCA com ano-base 2024. O objetivo é identificar padrões de comportamento, variações reais e inflexões associadas a mudanças



institucionais da política fiscal e a eventos extraordinários, como a pandemia de COVID-19. A metodologia adotada consiste em um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, baseado em dados secundários extraídos do SIGA Brasil e organizados em série histórica. Os resultados evidenciam a persistência do subfinanciamento da saúde como política de Estado, com crescimento real limitado entre 2010 e 2014, estagnação e perdas reais no período de vigência do Teto de Gastos (2016–2019) e forte volatilidade durante a pandemia, marcada por expansão emergencial seguida de retração abrupta. A partir de 2023, observa-se recuperação real dos gastos, associada à substituição da EC nº 95/2016 pelo Novo Arcabouço Fiscal. Conclui-se que, embora o aumento recente do orçamento represente avanço institucional, os efeitos do ciclo prolongado de austeridade ainda impõem restrições à capacidade estrutural do Sistema Único de Saúde, reforçando a necessidade de financiamento estável, planejado e orientado à redução das desigualdades sociais e regionais.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Orçamento Público. SUS. Lei Orçamentária Anual. Política Fiscal.

ABSTRACT

This article analyzes the evolution of federal health expenditures in Brazil from 2010 to 2024, based on data from the Annual Budget Law (Lei Orçamentária Anual – LOA), deflated by the IPCA with 2024 as the base year. The objective is to identify real trends, variations, and inflection points associated with changes in the fiscal policy framework and extraordinary events, such as the COVID-19 pandemic. The methodology consists of a quantitative, descriptive, and exploratory study using secondary data extracted from the SIGA Brasil platform and organized as a historical time series. The results indicate the persistence of health underfunding as a State policy, with limited real growth between 2010 and 2014, stagnation and real losses during the period of the Expenditure Ceiling (2016–2019), and extreme volatility during the pandemic, marked by an emergency expansion followed by a sharp contraction. From 2023 onward, a real recovery in health spending is observed, associated with the replacement of Constitutional Amendment No. 95/2016 by the New Fiscal Framework. The study concludes that, although the recent budget increase represents an institutional advance, the effects of a prolonged cycle of fiscal austerity continue to constrain the structural capacity of the Brazilian Unified Health System (SUS), reinforcing the need for stable, planned, and equity-oriented health financing.

Keywords: Health Financing. Public Budget. Unified Health System (SUS). Annual Budget Law. Fiscal Policy.

RESUMEN

Este artículo analiza la evolución del gasto federal en salud en Brasil entre 2010 y 2024, con base en datos de la Ley Presupuestaria Anual (Lei Orçamentária Anual – LOA), deflactados por el IPCA, tomando como año base 2024. El objetivo es identificar tendencias reales, variaciones y puntos de inflexión asociados a cambios en el marco de la política fiscal y a eventos extraordinarios, como la pandemia de COVID-19. La metodología consiste en un estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio, utilizando datos secundarios extraídos de la plataforma SIGA Brasil y organizados en forma de serie histórica. Los resultados indican la persistencia del subfinanciamento de la salud como política de Estado, con un crecimiento real limitado entre 2010 y 2014, estancamiento y pérdidas reales durante el período del Techo de Gastos (2016–2019) y una volatilidad extrema durante la pandemia, marcada por una expansión de emergencia seguida de una fuerte contracción. A partir de 2023, se observa una recuperación real del gasto en salud, asociada a la sustitución de la Enmienda Constitucional n.º 95/2016 por el Nuevo Marco Fiscal. El estudio concluye que, aunque el reciente aumento presupuestario representa un avance institucional, los efectos de un prolongado ciclo de austeridad fiscal continúan restringiendo la capacidad estructural del Sistema Único de Salud (SUS), reforzando la necesidad de un financiamiento sanitario estable, planificado y orientado a la equidad.



Palabras clave: Financiamento de la Salud. Presupuesto Público. Sistema Único de Salud (SUS). Ley Presupuestaria Anual. Política Fiscal.



1 INTRODUÇÃO

A saúde pública pode ser compreendida como o conjunto de ações e medidas executadas pelo Estado com o objetivo de garantir o bem-estar da população, por meio de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde, vigilância sanitária, investigações epidemiológicas, promoção da saúde e incentivo à participação social. Além disso, envolve a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços, articulada por meio de um processo de regionalização e descentralização das ações e serviços.

No Brasil, esse modelo foi consolidado com a Constituição Federal de 1988, que, em seus artigos 196 a 200, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, elevando-a à condição de direito social fundamental. A partir desse marco constitucional, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990. O sistema foi estruturado com base nos princípios da universalidade do acesso, da integralidade da assistência e da equidade, além da diretriz da descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo. Nesse arranjo institucional, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios assumem responsabilidade conjunta na organização, administração e execução dos serviços de saúde, formando uma rede integrada de atendimento. Tal estrutura consolidou um modelo público de caráter universal, no qual o Estado brasileiro se compromete a promover políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida e à proteção da saúde coletiva (Medici, 1994).

O financiamento da saúde passou a estar vinculado ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), conforme previsto na própria Constituição, e a elaboração do (OSS) é regulamentada pela Lei Orçamentária Anual (LOA), que detalha as receitas e despesas necessárias para o funcionamento dos programas garantindo a diversificação das fontes de custeio por meio de contribuições sociais incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro das empresas. Apesar desse desenho institucional, a literatura aponta que, historicamente, os recursos destinados à saúde ocuparam posição secundária no interior do orçamento da seguridade, frequentemente subordinados às pressões fiscais e aos compromissos com a política macroeconômica. Ainda na década de 1990, observou-se forte oscilação nos gastos federais, revelando tensões entre a consolidação do sistema universal e as restrições orçamentárias (Medici, 1994).

Essa trajetória de restrições orçamentárias consolidou-se nas décadas seguintes, pois, ao analisar os dados federais Soares e Santos (2014) observou que, com relação ao comportamento dos gastos com saúde, no âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores não diferem dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira. Para os autores, essa convergência demonstra que o perfil dos gastos com saúde não deu conta de atender ao sonho da reforma na saúde, uma vez que a evolução das despesas foi limitada pelo compromisso do governo central em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública, em detrimento do aumento substancial e necessário dos gastos com saúde.



Estudos posteriores reforçam esse diagnóstico ao caracterizar o subfinanciamento da saúde como uma política de Estado, mantida de forma relativamente contínua ao longo dos diferentes governos federais. Soares (2014) argumenta que a prioridade conferida à geração de superávit primário e ao cumprimento de metas fiscais limitou a expansão do gasto público em saúde, mesmo diante do crescimento das demandas sociais. Além disso, ao longo dos anos ocorreu uma redução da participação relativa da União no financiamento do sistema, com maior responsabilização de estados e municípios.

No período recente segundo o Ipea (2018), as dificuldades fiscais foram aprofundadas pelo contexto de crise econômica e instabilidade política. A Emenda Constitucional nº 86, de 2015, alterou a regra de aplicação mínima de recursos federais em saúde, vinculando-a a um percentual da receita corrente líquida. Em seguida, a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, instituiu o chamado Novo Regime Fiscal, o Teto de Gastos, estabelecendo um teto para as despesas primárias da União, corrigido apenas pela inflação do ano anterior. Tal medida desvinculou o crescimento do gasto em saúde da dinâmica das receitas públicas, suscitando preocupações quanto ao agravamento do histórico subfinanciamento do setor.

Nesse cenário, o período compreendido entre 2010 e 2024 revela-se particularmente relevante para análise, pois abrange momentos distintos da política fiscal brasileira: a fase de crescimento anterior à crise, o período de ajuste fiscal com a implementação do teto de gastos e, posteriormente, o choque extraordinário provocado pela pandemia de COVID-19, que exigiu expansão emergencial das despesas em saúde.

Assim surge uma questão, como evoluíram os gastos federais com a Saúde entre 2010 e 2024, em termos reais, e de que maneira as mudanças no regime fiscal e os eventos extraordinários influenciaram essa trajetória?

A contribuição deste estudo consiste em analisar a evolução dos gastos com saúde no período mencionado, com base em valores reais deflacionados pelo IPCA com o ano base 2024, buscando identificar variações, padrões de comportamento e possíveis inflexões associadas às mudanças institucionais e conjunturais da política fiscal brasileira.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo quantitativo, de natureza descritiva e exploratória, baseado na análise de dados secundários referentes às despesas públicas com saúde no período de 2010 a 2024. O objetivo é examinar a evolução dos gastos da função Saúde ao longo da série histórica, identificando variações e seu comportamento no período analisado.

Os dados de saúde foram extraídos do SIGA Brasil, plataforma mantida pelo Senado Federal do Brasil, que disponibiliza informações detalhadas sobre o orçamento público federal. O sistema integra dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI),



permitindo consultas por função orçamentária e exercício financeiro. A coleta foi realizada com base nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA) de 2010 a 2024, que define o Orçamento da Seguridade Social (OSS), ou seja, os gastos com a saúde no Brasil, filtrando-se as despesas classificadas na função Saúde.

Os dados do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), obtidos por meio do Sistema Gerenciador de Séries Temporais (SGS) do Banco Central do Brasil. O IPCA, apresentado na forma de número índice, foi utilizado para deflacionar os gastos com saúde, atualizando-os para valores reais referentes ao ano base 2024. Essa abordagem permite analisar a evolução temporal dos gastos, identificando variações, padrões de comportamento e possíveis pontos de inflexão relacionados a mudanças institucionais e conjunturais da política fiscal brasileira.

Após a extração, os dados foram organizados em base única, considerando as variáveis exercício financeiro e valores orçamentários da função Saúde. Procedeu-se ao tratamento das informações para garantir consistência e padronização, incluindo conversão de valores para formato numérico e verificação de inconsistências. A análise consistiu na consolidação dos montantes anuais e no cálculo das variações absolutas e percentuais entre os anos, permitindo avaliar a evolução dos gastos no período.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise da evolução dos gastos federais com saúde entre 2010 e 2024, cujos valores foram deflacionados para o ano base de 2024, revela uma trajetória marcada por três fases distintas: uma expansão moderada sob o regime de subfinanciamento crônico, um período de estagnação e perdas reais decorrentes de ajustes fiscais e, por fim, um ciclo de volatilidade extrema causado pela emergência sanitária da COVID-19 seguido pela transição para um novo regime fiscal. A Figura 1 mostra as linhas ascendentes, mas que sofrem oscilações perigosas durante os anos de crise fiscal.



Fonte: Elaboração própria com dados do SIGA Brasil.



No início da série histórica, entre 2010 e 2014, observa-se um crescimento real contínuo, porém contido, dos gastos com saúde. O montante saltou de R\$ 137,5 bilhões (2010) para R\$ 164,1 bilhões (2014). Este intervalo foi marcado pelo protagonismo da Rede Cegonha (2011) atuando no campo da saúde materna, foi o marco da tentativa de reduzir a mortalidade materna e neonatal, ela institucionalizou o direito ao acompanhante e a vinculação da gestante à maternidade e pela implementação do Programa Mais Médicos (2013) que surgiu suprir a carência em 4,5 mil municípios, principalmente em zonas rurais e periferias. O impacto foi imediato, houve uma redução nas internações evitáveis e uma melhora na humanização do atendimento, que logrou reduzir internações evitáveis e humanizar o atendimento em áreas historicamente desassistidas (IPEA, 2024).

Entretanto, esse avanço conviveu com o que Soares (2014) denomina "subfinanciamento como política de Estado". Segundo Soares (2014), esse período caracteriza a saúde como uma "política de Estado" subordinada ao receituário neoliberal, onde a prioridade era a geração de superávit primário para o pagamento de juros da dívida pública. Essa dinâmica resultou em uma convergência de gestão entre diferentes espectros políticos, uma vez que os gastos federais cresceram abaixo da Receita Corrente Bruta (Soares; Santos, 2014). O resultado prático foi a sobrecarga dos entes subnacionais, com os municípios dobrando sua participação no financiamento enquanto a União reduzia sua fatia relativa.

A partir de 2015, os dados refletem a instabilidade política e econômica no Brasil. O ano de 2015 registrou a primeira queda real da série -3,51%, evidenciando o contingenciamento de recursos (IPEA, 2018). Rossi e Dweck (2016) caracterizam esse movimento como um "austericídio", onde o corte de gastos públicos, ao invés de sanar as contas, aprofundou a crise econômica ao reduzir a arrecadação. Contudo, a mudança institucional mais profunda ocorreu com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, o "Teto de Gastos".

Conforme discutido pelo Ipea (2021), a EC 95 congelou as despesas primárias e desvinculou o piso da saúde da Receita Corrente Líquida (RCL). O texto de Rossi e Dweck (2016) aponta que a EC 95 foi desvinculada da saúde e educação, dado que, ao estabelecer um teto que não acompanhava o crescimento da população, a regra forçou um "piso deslizante" onde o valor mínimo investido caía em proporção ao PIB a cada ano. Estima-se que entre 2018 e 2022, o SUS perdeu cerca de 36,9 bilhões de reais devido a essa emenda.

Os resultados quantitativos desta pesquisa corroboram essa análise: entre 2017 e 2019, o gasto real permaneceu praticamente estagnado, apresentando inclusive variação negativa em 2019 -0,28%. Estima-se que, apenas entre 2018 e 2020, o SUS tenha perdido cerca de R\$ 22,5 bilhões devido a essa regra fiscal (IPEA, 2021). Este cenário de restrição orçamentária fragilizou a capacidade de resposta do sistema, coincidindo com retrocessos físicos, como a redução no número de equipes de Saúde da Família e o desmonte dos Programas Rede Cegonha Programa Mais Médicos (IPEA, 2022).



Gráfico 2 - Variação Anual do Orçamento da Saúde – 2011-2024



Fonte: Elaboração própria com dados do SIGA Brasil.

O ano de 2020 marca a maior variação da série histórica, com um aumento real de 23,07%, como visto na Figura 2, totalizando R\$ 206 bilhões. Esse salto é explicado pela aprovação do "Orçamento de Guerra" (EC nº 106/2020), que permitiu gastos extraordinários fora do teto para o combate à COVID-19 (IPEA, 2022). Contudo, a análise qualitativa revela que essa expansão foi puramente emergencial. Enquanto o Ministério da Saúde focava na compra de respiradores e vacinas muitas vezes de forma desarticulada e sob forte crise política (IPEA, 2021). A estrutura permanente do SUS sofria.

Assim, esse aporte não foi estrutural. Os dados mostram que, logo após o pico pandêmico, o sistema sofreu uma retração drástica: -16,67% em 2022. Este fenômeno decorreu do encerramento dos créditos extraordinários e do retorno à rigidez da EC 95, e governo ignorando a demanda reprimida de cirurgias e exames que foram adiados durante a pandemia e o surgimento de novas necessidades de reabilitação pós-Covid (IPEA, 2022). Além disso, a gestão do período foi marcada por baixa coordenação federativa e pela fragmentação do orçamento por meio de emendas parlamentares (RP 9), que passaram a comprometer a eficiência técnica da alocação (IPEA, 2024).

Os anos finais da série indicam um movimento de recuperação real: 10,20% em 2023 e 15,69% em 2024, atingindo o valor recorde de R\$ 214,6 bilhões. Essa retomada está vinculada à mudança de gestão federal e à substituição do Teto de Gastos pelo Novo Arcabouço Fiscal.

De acordo com o Ipea (2024), a nova regra enterrou a EC 95 e restabeleceu o piso federal vinculado a 15% da RCL. Esse novo fôlego financeiro foi direcionado para estratégias de redução de filas, retomada do Mais Médicos, fortalecimento da Saúde Indígena (crise Yanomami) com foco em equidade racial e combate à mortalidade materna por meio da Rede Alyne, aumento real do orçamento para a Farmácia Popular e o investimento em novas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, o período não é isento de desafios: alterações legislativas no cálculo do piso em 2023 geraram uma perda



potencial de R\$ 10,3 bilhões, e a alta dependência de emendas parlamentares continua a gerar preocupações sobre a sustentabilidade e a equidade na distribuição dos recursos.

A incapacidade do Estado em implementar políticas preventivas de longo prazo ficou evidente no agravamento das crises epidemiológicas. Um exemplo contundente ocorreu em 2025, quando o país registrou um aumento explosivo nos casos de dengue. De acordo com dados da CNN Brasil (2025), o país ultrapassou a marca de 1 milhão de casos, com 668 mortes confirmadas e 724 em investigação.

A circulação simultânea dos quatro sorotipos (DENV-1 a DENV-4), com o retorno do sorotipo 3 em São Paulo, elevou o risco de reinfecções graves e expôs a fragilidade da vigilância em saúde. Situações como essa demonstram que, embora o sistema tenha recebido mais recursos em 2024, a resposta a crises sanitárias ainda é reativa e limitada por amarras administrativas. A persistência de mortes por doenças evitáveis em pleno 2025, indica como o SUS permanecerá sob a tensão entre o projeto de saúde universal e os limites impostos pela austeridade fiscal remanescente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a trajetória do financiamento federal da saúde entre 2010 e 2024, fica evidente que o Sistema Único de Saúde (SUS) não é apenas uma estrutura técnica, mas um campo de disputa política e econômica intensa. O estudo demonstrou que a evolução dos gastos reais não seguiu uma linha linear de progresso, mas sim oscila entre a garantia de direitos e a imposição de agendas de austeridade.

O período de 2010 a 2014, embora marcado por avanços em programas como o Mais Médicos e a Rede Cegonha, já revelava as raízes de um subfinanciamento crônico. Conforme a literatura clássica de Soares (2014), a saúde foi tratada como uma variável dependente da política macroeconômica, onde o superávit primário muitas vezes prevaleceu sobre a expansão necessária do sistema universal. Essa fragilidade foi institucionalizada com o advento da EC nº 95/2016, que instaurou um período sombrio de austeridade. O chamado "austericídio" fiscal (ROSSI; DWECK, 2016) quase destruiu a capacidade de atendimento do sistema ao criar um vazio assistencial que, segundo os dados desta pesquisa, se traduziu em anos de estagnação e perdas reais.

A pandemia de COVID-19 em 2020 serviu como um teste de estresse definitivo. O salto de 23,07% no gasto real naquele ano provou que, diante da catástrofe, o Estado possui os mecanismos financeiros para intervir, mas a queda subsequente de -16,67% em 2022 escancarou a falta de um compromisso estruturante. Sem o SUS, a tragédia brasileira teria sido incomensurável, mas a crise deixou cicatrizes profundas na forma de demandas represadas.

O momento atual (2023–2024) caracteriza-se como uma fase de reconstrução. O alcance do orçamento recorde de R\$ 214,6 bilhões em 2024 e o lançamento de estratégias como a Rede Alyne e os investimentos em saúde sinalizam que ela voltou ao centro das prioridades governamentais após o



fim do Teto de Gastos. Entretanto, a pesquisa conclui que o aumento do aporte financeiro, por si só, não é uma panaceia imediata.

A persistência de "filas e falta de medicamentos" é o resultado direto do represamento histórico causado pelo ciclo de desinvestimento entre 2016 e 2022. Um ou dois anos de orçamento alto não são suficientes para preencher o vácuo deixado por quase uma década de restrições. Além disso, o crescimento das emendas parlamentares surge como um desafio crítico para o futuro, a apropriação política do orçamento dificulta o planejamento técnico do Ministério da Saúde e compromete a equidade, prejudicando regiões de maior vulnerabilidade, como o Norte e o Nordeste (IPEA, 2024).

Em suma, a saúde pública brasileira é um patrimônio que precisa ser defendido contra qualquer tentativa de desmonte. O desafio para os próximos anos é garantir que o gasto não seja apenas maior, mas sim tecnicamente orientado para combater as desigualdades sociais, regionais, raciais e de gênero. A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, não pode ser aceita apenas como uma cifra em gráficos de gastos, mas sim como a base do bem-estar social de um país que ainda busca concretizar a promessa constitucional de 1988.



REFERÊNCIAS

CNN BRASIL. Dengue no Brasil: mais de 1 milhão de casos prováveis em 2025. CNN Brasil, 18 abr. 2025. Disponível em: Dengue no Brasil: mais de 1 milhão de casos prováveis em 2025 | CNN Brasil. Acesso em: 19 fev. 2026.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise - Saúde.** Brasília: Ipea, 2018. n. 25.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise - Saúde.** Brasília: Ipea, 2021 n. 28.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise - Saúde.** Brasília: Ipea, 2022 n. 29.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise - Saúde.** Brasília: Ipea, 2024 n. 31.

MEDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 216 p.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther . Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública** (Online) , v. 32, p. 1, 2016.

SOARES, Adilson. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado.** 2014. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2014.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

