



Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Ciências Humanas - IH  
Departamento de Serviço Social - SER

**Análise do Orçamento da Atenção Básica da Saúde no Distrito Federal  
no período de 2015 a 2017**

Mariane de Jesus dos Santos

Brasília  
2018

**Mariane de Jesus dos Santos**

**Análise do Orçamento da Atenção Básica da Saúde no Distrito Federal no período  
de 2015 a 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade de Brasília como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Evilasio Salvador

Brasília, Setembro, 2018

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Análise do Orçamento da Atenção Básica da Saúde no Distrito Federal no período  
de 2015 a 2017**

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador  
Orientador- Docente SER/UnB

---

Prof. Dra. Sandra Oliveira Teixeira  
Membro Interno - Docente SER/UnB

---

Matheus Peres Machado Magalhães  
Membro Externo - INESC

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

À minha mãe, Marinêz.

## **Agradecimentos**

À Nossa Senhora e a Santíssima Trindade pela vida e que tudo o que me é proporcionado.

À minha mãe, Marinêz, por tudo.

À minha vizinha, por todo amor e carinho.

À minha Tia, Aparecida e ao seu Esposo, Rui, por todo apoio.

Aos meus amigos, por compartilharem os mais diversos momentos da vida.

Ao Prof. Evilasio Salvador, por despertar o meu interesse pela análise orçamentária e pela orientação no presente trabalho.

À Prof. Sandra Teixeira por aceitar participar da banca examinadora.

E ao Matheus Magalhães, por compartilhar comigo o seu conhecimento sobre orçamento e por toda a generosidade, disposição e interesse que o fez.

“Uma saúde pobre para os pobres.”  
(Maria do Perpétuo Socorro)

## RESUMO

Por meio deste trabalho buscou-se realizar uma análise crítica do Orçamento da Atenção Básica a Saúde no Distrito Federal no período de 2015 a 2017. No processo que embasa teoricamente a pesquisa evidencia-se que a política de saúde é um direito de cidadania e demonstra-se que o Estado Brasileiro não apresentou historicamente interesses e objetivos de garantir à promoção a Saúde. Na análise realizada do orçamento da atenção básica constatou-se que o cenário no Distrito Federal é igualmente problemático no sentido de garantir o direito à saúde, conforme o previsto na Constituição Federal. Os principais resultados encontrados na pesquisa foram que o Governo do Distrito Federal reduziu o orçamento destinado à atenção básica no período de 2015 a 2017. Evidenciou-se que as iniciativas realizadas pelo o atual governo do DF é compatível e coerente com a contrarreforma do Estado em detrimento aos direitos sociais da população do DF e o agravamento do ajuste fiscal.

Palavras-chave: política de saúde, orçamento público, Distrito Federal

**LISTA DE GRÁFICO**

Gráfico 1 - Despesa Geral liquidada x Despesa com a função Saúde.....	86
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Cobertura do Programa Saúde da Família – 2016 .....	40
Tabela 2 -	Configuração da rede de básica de saúde no DF .....	42
Tabela 3 -	Gasto com ações e serviços públicos em saúde - ASPS: total e por esfera de governo (2000-2011) .....	66
Tabela 4 -	Renda Domiciliar média mensal segundo as Regiões Administrativas no DF em 2015 .....	77
Tabela 5 -	Repasso Fundo a Fundo por bloco de financiamento .....	81
Tabela 6 -	Transferência de recursos da União para o GDF por Piso de Atenção Básica .....	81
Tabela 7 -	Valores empenhados, liquidados e pagos na subfunção Atenção básica	82
Tabela 8	Comparação entre valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o DF e valores executados pelo GDF .....	83
Tabela 9 -	Despesa da União com a subfunção Atenção Básica .....	84
Tabela 10 -	Comparação entre os gastos com a dívida interna e externa, a função saúde e subfunção atenção básica.....	85
Tabela 11 -	Comparativo entre a Receita Geral (a) e as Deduções e Restituições da Receita (b).....	86
Tabela 12 -	Comparação entre os gastos com as Renúncias Tributárias e as deduções fiscais x a Atenção Básica e a política de Saúde .....	87
Tabela 13-	Comparação dos gastos executados com as funções da Assistência, Educação, Previdência, Legislativa e Saúde .....	88

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AI - Atos Institucionais

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMB - Área Metropolitana de Brasília

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS - Atenção Primária a Saúde

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

BM - Banco Mundial

CAPs - Caixas de aposentadoria e Pensões

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CF - Constituição Federal

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CTB – Carga Tributária Bruta

DF – Distrito Federal

DRU – Desvinculação de Recursos da União

EC – Emenda Constitucional

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

FHDF - Fundação Hospitalar do Distrito Federal

FMI - Fundo Monetário Internacional

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FSE - Fundo Social de Emergência

GO - Estado de Goiás

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IRPF - Imposto de Renda Pessoa Física

LC – Lei Complementar

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentarias

LODF - Lei orgânica do Distrito Federal

MAC – Média e Alta Complexidade

MES - Ministério de Educação e Saúde

MS - Ministério da Saúde

MTIC - Ministério do Trabalho Indústria e comércio

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PBS - Projeto Brasília Saudável

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PERGEB - Programa da Região Geoeconômica de Brasília

PF - Pessoas Físicas

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PJ - Pessoas Jurídicas

PMB - Periferia Metropolitana de Brasília

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPA – Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada Integrada

PS – Partido Solidariedade

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PSC - Programa Saúde em Casa

PSD - Partido Social Democrático

PSF - Programa Saúde da Família

PTD - Partido Democrático Trabalhista

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RCB – Receita Corrente Bruta

RIDE-DF - Região Integrada de Desenvolvimento Econômico do Distrito Federal e Entorno

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SES-DF - Secretaria de Estado da Saúde do DF

SESP - Serviço Especial de saúde Pública

SM – Salário Mínimo

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SRF - Secretaria da Receita Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

TAPS - Transferências de Assistência e Previdência e Subsídios

UBS - Unidades Básicas de Saúde

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo 1: A materialização da Saúde Pública no Brasil e as suas implicações na Atenção Básica à Saúde.....</b>	<b>18</b>
1.1 Cidadania, proteção social e política pública de saúde .....	19
1.2 Configuração da política de saúde no Brasil e as tentativas omissas de estruturação da Atenção Primária à Saúde .....	25
1.3 A Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal, no Governo Rollemberg (2015 -2018) .....	38
1.4 A focalização da Política Nacional de Atenção Básica a Saúde.....	44
1.5 Características importantes para à Atenção Primária a Saúde .....	47
<b>Capítulo 2: O lento processo de financiamento da saúde pública .....</b>	<b>51</b>
2.1 Processo de acumulação de riqueza no capitalismo e Fundo Público .....	51
2.2 Orçamento público e financiamento das políticas sociais em tempo de crise do capital .....	59
2.3 Financiamento da Política de Saúde após a Constituição Federal de 1988 .....	62
2.4 Setor privado de saúde: financiamento público .....	69
<b>Capítulo 3: Orçamento da saúde básica no Distrito Federal .....</b>	<b>72</b>
3.1 Caracterização territorial e socioeconômica do Distrito Federal .....	73
3.1.2 Território do Distrito Federal, Delimitação da área metropolitana de Brasília e sua construção econômica .....	75
3.1.3 Caracterização da desigualdade de renda no DF .....	77
3.2 Análise do orçamento da Atenção Básica à saúde no período de 2015 a 2017 .....	81
<b>Conclusão.....</b>	<b>89</b>
<b>Referências.....</b>	<b>92</b>

## Introdução

O presente trabalho é dedicado a análise do orçamento da atenção básica a saúde no Distrito Federal, no período de 2015 a 2017, tendo como base a análise de três indicadores. O primeiro sendo a identificação das fontes de financiamento da atenção básica no DF, o segundo qual a dimensão de gasto que a atenção básica representa no orçamento do DF e quanto significa o montante de gasto em relação a política de saúde e, o último indicador, refere-se a magnitude dos gastos, apontando se houve no período analisado a manutenção do orçamento com a atenção básica, um aumento ou uma redução nos gastos com a saúde. Essa análise se baseia nos indicadores para avaliação da política social feita recomendado por Boschetti (2009) e aprofundados por Salvador e Teixeira (2014).

A garantia do direito à saúde no Brasil sempre foi negligenciado, estando desde o seu início ligada diretamente aos interesses econômicos do país. Primeiramente, a saúde não garantia a prevenção da população, apenas o cuidado com a doença. A grande massa de trabalhadores/as não tinham acesso ao direito da saúde, ficando a mercê das casas de misericórdias e ações semelhantes.

Posteriormente, o direito à saúde vincula-se ao trabalho por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e depois por meio dos Institutos de aposentadorias e pensões (IAPS), no âmbito do sistema previdenciário brasileiro, só acessado por trabalhadores inseridos em relações formais de trabalho e com a profissão regulamentada/ reconhecida pelo Ministério do Trabalho. Após um longo período e com o processo de luta intensa conformado pela reforma sanitária, é que a saúde passa a ser reconhecida enquanto responsabilidade e dever do Estado e direito universal, gratuito consagrado na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Contudo, por todo histórico de interesses privados acerca da saúde, a mesma em nenhum momento conseguiu atingir a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) por conta do Estado, que após a criação e efetivação da política de saúde, não assegurou o que foi estabelecido na CF/88, deixando a população a mercê de acesso à serviço precário na política de saúde e do mercado privado de saúde.

Isso corroborou para que uma parcela da sociedade sempre tivesse uma relação distante com o setor público na saúde, que se agravou nos últimos anos com a incidência da contrarreforma do Estado e da radicalidade do ajuste fiscal, por meio da Desvinculação de Recursos da União (DRU) e da Emenda Constitucional n.95/2016 (EC 95/2016) por

exemplo, sendo uma característica perceptível no Governo do Distrito Federal (GDF) no período da análise do presente trabalho de conclusão de curso.

O histórico da atenção básica em relação ao restante da política de saúde não foi muito diferente. Somente a partir da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, e da mobilização popular, que a atenção básica foi posta enquanto um ponto primordial para atenção à saúde, com o intuito de garantir a prevenção, não apenas o cuidado com o processo de saúde-doença.

Tornando-se a partir desse período o primeiro estágio desejável de acesso a saúde, sendo assim a porta de entrada para a política de saúde. Com esse processo se criou uma nova configuração de atendimento, mas como outras propostas não chegou a ser plenamente executada até os dias atuais.

No Distrito Federal (DF) a saúde foi um espelho do âmbito nacional. Inicialmente configurando-se de forma que a maior parte da atenção do Estado estivesse voltada para a média e alta complexidade, priorizando o cuidado com a doença descaracterizado a prevenção com a saúde.

**Pergunta:** o Governo do Distrito Federal, no período de 2015 a 2017, está realizando o financiamento da Atenção Básica a Saúde de forma a garantir o direito a saúde para os cidadãos do DF?

A partir disso, esta monografia tem como objetivo geral

identificar, a partir da análise orçamentária, se o acesso à política de saúde, especialmente o nível de atenção básica à saúde, está sendo garantido enquanto um direito à cidadania para a população do Distrito Federal.

E como objetivos específicos: a) compreender a importância do nível de atenção básica dentro da política de saúde no Distrito Federal no Governo Rollemberg; b) caracterizar o orçamento da atenção básica à saúde no período de 2015 a 2017; e, c) verificar quais fontes financiam a Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal.

A hipótese principal desta pesquisa é que a garantia ao direito à política de saúde pública não tem sido prioridade no Governo do Distrito Federal no período de 2015 a 2017, a partir do que pode ser revelado pelo dados do orçamento público do governo local.

## **Procedimentos Metodológicos**

Para a materialização da pesquisa foi realizado o levantamento e a revisão bibliográfica sobre os temas: cidadania, política social, política de saúde, atenção básica a saúde e fundo público, buscando por meio desse processo a construção do referencial teórico e a constituição de elementos para a análise do trabalho.

Posteriormente foi realizado o levantamento e sistematização dos dados a respeito dos indicadores sociais e econômicos do DF, a partir de documentos da CODEPLAN, da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2015, do PIB-DF e do IDH, a fim de compreender qual a caracterização socioeconômica e as especificidades do DF.

Foi realizado, também, o levantamento do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano de Governo do DF de 2015 a 2018, buscando entender qual a prioridade da política de saúde e da atenção básica a saúde nos anos analisados.

Foi realizada a solicitação de dados sobre a função saúde e subfunção atenção básica, como também das renúncias fiscais do DF, por meio de solicitações de acesso à informação à Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal, Lei Federal nº 12.527/2011 e Lei Distrital nº. 4.990/2012. Por último, foi realizada a sistematização e a análise dos dados da execução orçamentária da política de saúde e da atenção básica a saúde no período de 2015 a 2017.

Para realizar esse trabalho de forma crítica e dialética iniciamos o primeiro capítulo discutindo o acesso à política de saúde, enquanto uma questão de cidadania, pensando a atenção básica, como um nível de atenção à saúde de extrema importância, para que a política de saúde contemple os estágios de promoção e prevenção, e que ainda que se garanta nos casos mais simples o tratamento e a reabilitação do indivíduo.

Nesse primeiro capítulo, parte-se da identificação do processo histórico de construção da cidadania, passando pela análise histórica da política de saúde no Brasil e identificando como a atenção básica a saúde se deu no DF.

Para compreender qual o nível de interesse do Estado na manutenção e promoção da saúde, no capítulo II, trataremos sobre a função do fundo público, sobre a importância do orçamento para as políticas sociais e sobre o financiamento da saúde.

O fundo público se caracteriza por ser um espaço que apresenta características ambíguas, de interesses privados e públicos, o que resulta em seu papel de extrema relevância na garantia de direitos.

É importante que esses pontos sejam discutidos teoricamente, pois para viabilizar uma política social é necessário que exista um orçamento. Como apresentam Salvador e Teixeira (2014), o orçamento é expressão mais visível do fundo público, e o fundo público é o âmbito em que o Estado mobiliza recursos para intervir nas áreas que julga necessárias.

O terceiro e último capítulo traz a caracterização socioeconômica do DF, com base em dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), e a análise dos dados orçamentários da atenção básica a saúde no DF, que foram coletados no portal da transparência do Governo Federal e do DF, no fundo nacional de saúde e no SIGA Brasil.

Neste capítulo a intenção foi de constatar a situação do financiamento da atenção básica no DF, buscando identificar se o direito a saúde está garantindo à população do DF o acesso integral. Em tese, o atual Governo do Distrito Federal, em seu plano de governo e no Plano Plurianual confere relevância ao nível de atenção básica dentro da política de saúde, contudo na prática a situação é outra, como a análise orçamentária demonstra no terceiro capítulo.

Esse trabalho se justifica pela saúde ser um direito primordial, conquistado a partir de uma luta intensa, e em que todos os dias é atacado principalmente a partir da contrarreforma do Estado e o agravamento com a radicalidade de “ajuste fiscal”, ficando mais a mercê do âmbito privado, fazendo com que ela se torne uma política focalizada e restrita, excluindo uma de suas características mais exímias que é a universalidade.

O DF encontra-se em um momento delicado em relação a saúde pública, por conta de não estar assegurando aos indivíduos o acesso de forma a contemplar a universalidade, a gratuidade, a promoção, o cuidado e atenção à saúde, fazendo do acesso universal ao SUS um processo seletivo, focalizado e excludente. Portanto, esse trabalho também se justifica na medida em que buscou contribuir com a leitura crítica da política de saúde, especialmente o nível de Atenção Básica a saúde, no DF por meio do estudo da sua dimensão orçamentária, analisando como ocorreu a execução orçamentária da subfunção Atenção Básica nos anos de 2015, 2016 e 2017.

## **Capítulo 1- A materialização da Saúde Pública no Brasil e as suas implicações na Atenção Básica a Saúde**

O processo de luta dentro de uma sociedade por acesso a melhores condições de vida está diretamente ligado ao processo de ser cidadão de determinado lugar. Os ganhos que se obtém por meio de reivindicações envolvem o processo de construção dos direitos, fazendo-se relevante a análise da política de saúde enquanto um processo de cidadania, que contempla o acesso ao campo político, econômico e social.

A cidadania que atualmente consideramos é um conceito que veio com a criação do Estado moderno e juntamente com a instauração do modo de produção capitalista. Nesse espaço foram criados sistemas para prever que cada indivíduo tenha direitos e responsabilidades perante a sociedade.

Na formação do sistema político atual, o poder dentro do Estado moderno, se dá em nome de todos os indivíduos pertencentes a ele, acreditando-se que por intermédio de princípios baseados na justiça o Estado é capaz de proporcionar a igualdade entre os indivíduos. (FLEURY; MAFORT, 2008).

A cidadania então seria primordial no sistema político democrático, que apresenta a igualdade enquanto base, acentuando que todos que fazem parte daquela nação, tem direitos e deveres assegurados em lei. Contudo, existe uma contradição na cidadania no Estado capitalista: a cidadania se baseia pelo princípio da igualdade, enquanto o capitalismo nos coloca em posições sociais diversas, a partir da divisão de classes, de acesso a bens e a serviços. (FLEURY; MAFORT, 2008).

Para que houvesse uma mudança nas relações sociais, buscando efetivamente uma cidadania para todo o corpo social seria necessário também uma mudança nos valores que a sociedade se baseia historicamente. Constituindo a valorização da coletividade e não do indivíduo, proporcionando igualdade formal entre a população.

Esse conflito necessita de uma solução por parte do Estado, que é o detentor da força e conseqüentemente tem que corresponder às necessidades da população e manter-se enquanto provedor de direitos. Mas, o Estado apresenta-se também enquanto um representante dos interesses específicos da classe burguesa, que posteriormente contém um caráter individual, desprezando a coletividade.

Frente a essa problemática vamos historicamente analisar se diante os valores em que a nossa sociedade baseia-se, todos nós somos aptos, diante a classe social a qual

pertencemos, nossa raça ou nosso gênero, aos direitos sociais, especialmente a política de saúde, garantindo posteriormente a cidadania.

### **1.1 Cidadania, proteção social e política pública de saúde**

A análise da relação da cidadania com a política pública de saúde iniciará por meio do debate acerca das gerações dos direitos. É importante ter em mente que tanto a saúde pública quanto a geração dos direitos não ocorreram de forma fixa e imutável em cada período, podendo ter se dado isoladamente ou em conjunto de acordo com os enfrentamentos postos. (CUNHA, 2014).

Para Cunha (2014) cada direito apresentado faz parte de uma luta contínua, que dependem de fatores políticos, econômicos e sociais e que são proporcionais com a atuação do Estado frente ao campo social, sendo mais acessíveis ou não de acordo com os interesses e conflitos instaurados.

A análise crítica das gerações dos direitos, realizada por Cunha (2014), nos apresenta três principais momentos, o primeiro que são os direitos fundamentais ou da primeira geração, direitos civis e políticos, o segundo os direitos humanos fundamentais, no qual a saúde está incluída, e o terceiro direitos de solidariedade ou fraternidade, que visam a garantia da paz mundial.

Os direitos de primeira geração, ocorreram a partir das revoluções burguesas, do liberalismo político e do individualismo jurídico. Esse processo decorreu como uma oposição ao absolutismo buscando a liberdade individual do homem. Essa liberdade era de cunho estritamente individualista e não apresentava uma finalidade para a coletividade. Nesse período, o Estado se apresenta com atuação mínima de forma a contemplar as proposições do Estado liberal.

Nessa época o liberalismo pautava a economia e, portanto, a ação do Estado para a sociedade enquanto um todo era praticamente imperceptível. A Constituição em vigor no Brasil no período da Primeira República, por exemplo, garantia que o Estado não iria se opor ao que o empregador decidisse em relação ao empregado.

As negociações ocorriam de forma livre, sem o Estado interferir na regulamentação do trabalho, o que beneficiava o patrão, como aponta Socorro (2013). A autora ainda coloca que a ação governamental acerca da relação capital e trabalho se dava de forma arbitrária, por intermédio da polícia, buscando a garantia dos interesses do empregador. (SOCORRO, 2013).

Estavam incluídos na primeira geração de direitos, os direitos políticos, que foram essenciais para que a classe trabalhadora pudesse se organizar e constituir os movimentos sociais para lutar e reivindicar os direitos fundamentais. No Brasil, os direitos civis segundo Cunha (2014), tiveram pouco destaque na Era Vargas, especialmente no Estado Novo, sendo o Estado opositor ao direito de filiação política, por exemplo.

Ser considerado cidadão no Estado Brasileiro pressupõe que os indivíduos tenham acesso aos direitos assegurados na Carta Magna em vigor, contudo, especialmente para a classe trabalhadora a garantia de direitos e efetivamente o acesso a cidadania é uma tarefa difícil. Podemos observar que na Primeira República, mesmo com determinadas iniciativas do governo para com a classe trabalhadora, não havia em si direitos sociais, o que era concedido aos mais pobres ficava a cargo de organizações religiosas. (SOCORRO, 2013).

A classe burguesa diante do poder que detinha apresentava seus princípios com base no mercado, o que implicava nos padrões sociais de cada indivíduo, causando uma distinção gritante entre as classes sociais, dando início a uma produção de pauperização que desresponsabilizava o Estado sobre o proletariado devido ao pensamento liberal.

O Estado não intervinha sobre as ações do mercado e com isso os trabalhadores sofriam com as intensas formas de exploração da força de trabalho, com excessivas jornadas de trabalho e baixa remuneração, especialmente para as mulheres e as crianças, e sem nenhum tipo de regulamentação que garantisse aos trabalhadores proteção. (CUNHA, 2014)

O objetivo desse processo de exploração era a extração de mais valia e consequentemente obtenção de maior lucro possível com o menor gasto de insumos. Para Cunha (2014) é a partir do início do século XX, com a incidência da crise econômica e com a luta da classe trabalhadora, que o Estado começa a tomar providências acerca dos direitos sociais, tendo por objetivo amenizar as desigualdades sociais.

Em um primeiro momento, a cidadania tem a representação de um processo que favorece o mercado diante das possíveis trocas que poderiam ser realizadas, mas que deveriam ser feitas dentro de um sistema de normas que apresentasse caráter jurídico. Mais tarde diante do crescente processo de industrialização e das relações sociais, a cidadania torna-se pauta dos movimentos sociais amplamente composto por uma base operária e sindical, que lutava por condições dignas de sobrevivência e por inclusão no Estado. (FLEURY; MAFORT, 2008).

Esse contexto político nos direciona ao segundo momento das gerações dos direitos, que podem também ser nomeados enquanto direitos humanos fundamentais, no qual a saúde se encontra. Os direitos dessa segunda geração foram conquistados em decorrência da falta de acesso dos indivíduos a condições mínimas de sobrevivência e, portanto, são direitos que deveriam garantir a subsistência do indivíduo dentro da sociedade. (CUNHA, 2014).

A atitude do Estado de propor garantias a classe trabalhadora, coloca para a sociedade um tencionamento da estrutura social imposta. Em que o processo apresenta por um lado, uma ação compensatória para a camada mais pobre, que incluía o proletariado, integrando este a sociedade e por outro mantinha a reprodução da força de trabalho para o capital. (FLEURY; MAFORT, 2008). Os direitos de segunda geração, direitos sociais, vem com o intuito “de dignificar a vida dos mais necessitados, que eram a grande maioria, por meio de gastos públicos e ações prestacionais” (CUNHA, 2014, p. 35).

O posicionamento do Estado no período é elementar para o início dos direitos humanos fundamentais, como por exemplo, a saúde. (CUNHA, 2014). O começo dos sistemas de proteção social se dá nesse período, a classe trabalhadora se posiciona, ganhando caráter de movimento social, e reivindicando melhores condições de sobrevivência, estabelecendo assim um princípio de acesso a cidadania.

A proteção social vai se configurando em cada Estado de forma diferenciada de acordo com as demandas apresentadas, com a força política dos movimentos sociais e com a abertura do Estado para as modificações diante das contradições apresentadas pelo embate do capital e do trabalho, e do grau de desunos do capitalismo.

Após a CF/88, no Brasil especialmente, temos acerca da proteção social um misto de seguro social e direito universal. A ideia de um seguro social corresponde na literatura ao que é conhecido como o modelo bismarckiano, criado por Otton Von Bismarck e adotado inicialmente na Alemanha, por meio de um projeto socialista, tendo como movimento reivindicações da classe trabalhadora que buscava melhores condições de vida e a garantia de direitos sociais. Esse modelo apresenta um vínculo direto com o trabalho dando a possibilidade de que a partir dessa relação, o trabalhador contraia o papel de segurado e acesse o benefício.

Trata-se de um sistema de seguro social que teve origem no final do século XIX, e que indicou a estrita relação entre a proteção social e o capitalismo, que de um lado apresenta o âmbito coletivo e do outro o individual. As características desse modelo

apresentam-se semelhantes aos dos: “seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada.” (BOSCHETTI, 2009, p. 324).

A outra proposta para a seguridade social, baseia-se no modelo Beveridgiano de Willian Beveridge. Esse modelo foi exposto por meio de um relatório na Inglaterra, com o intuito principal de romper com a lógica do seguro social e instituir uma seguridade social de cunho mais universalista. (SALVADOR, 2010). A sua forma viabilizava que o acesso aos direitos fosse feito universalmente, e posteriormente que garantisse o mínimo de condições de vida a classe trabalhadora.

O Relatório de Beveridge teve grande repercussão no período da Segunda Guerra Mundial, devido a miséria naquela época. Os indivíduos naquele período não estavam tendo acesso às condições mínimas de sobrevivência e sendo assim, o Relatório se apresentou enquanto um reconhecimento da miséria e de uma proposta de solução, com a intervenção do Estado. O Relatório ainda apontou que o estado de pauperização da população poderia ser combatido de duas maneiras, a primeira por meio do seguro social e a segunda de acordo com a necessidade dos cidadãos. (SALVADOR, 2015)

Outro ponto de extrema importância apresentado no Relatório de Beveridge é a forma que deveria acontecer os processos para a erradicação da miséria, sendo eles a universalização, abarcando todos os indivíduos por meio da extensão dos programas, garantindo a ampliação da cobertura dos serviços e ações, cobrindo as possíveis causas da recorrência da miséria e o incremento dos valores dos benefícios. (SALVADOR, 2015).

Para Salvador (2015) a proposta de Beveridge implicou no aumento dos gastos com a proteção social, aumentando o campo de acesso aos indivíduos, diminuindo a proporção da pobreza, garantindo o acesso a proteção social de forma universal, excluindo os critérios anteriormente vistos na lógica do seguro e repercutindo diretamente na garantia da cidadania da população. A proposta de Beveridge apresentou cinco pontos que se alcançados suprimiriam a pobreza extrema, sendo um deles a doença, por intermédio ao acesso à saúde.

A seguridade social no Plano Beveridge é descrita em relação ao alcance que poderia exercer sobre a pobreza quando garantida de forma plena aos indivíduos. Um dos maiores ganhos que esse plano representou foi o reconhecimento da importância e da necessidade de o Estado prover uma proteção básica para os seus cidadãos, rompendo

com a lógica de seguro bismarckiano de caráter restrito e focalizado. (SALVADOR, 2015)

O modelo beveridgiano e bismackiano no Brasil vai ter implicações no formato da seguridade social que foi estabelecida na CF/88. Ele aparece na ideia de assegurar aos indivíduos à cidadania por meio de um conjunto de direitos sociais por intermédio da seguridade social, que abarcou na CF/88 as políticas de assistência social, previdência e saúde.

No século XX a demanda por saúde no Brasil fez com que o Estado criasse ações voltadas para essa questão, tendo como foco principal os trabalhadores. Com isso, o Estado nesse primeiro momento cria em torno da saúde e da previdência a lógica do seguro, que vai de 1923 até 1988, ano em que é promulgada a atual Constituição Federal. (BOSCHETTI, 2009).

A “revolução” de 1930 marcou um novo momento no cenário político e econômico do Brasil com a chegada de Getúlio Vargas à presidência. Nessa mesma década o desenvolvimento da política social começou a dar os primeiros passos. Socorro (2013) coloca que esse início teve uma característica importante de ser ressaltada: esses direitos se desenvolveram em períodos de regimes autoritários não contanto com a participação da sociedade como um todo, e esse processo tem reflexos até os dias atuais.

Nessa época, os primeiros direitos conquistados foram relacionados ao trabalho, como a especificação da jornada de trabalho, que diminuiu e passou a ser de 8 horas diárias e a criação da carteira de trabalho. Mesmo apresentando avanços consideráveis para a época esses direitos excluía um relativo grupo de indivíduos, como os trabalhadores rurais que na época eram maioria, o que fez com que o início da política social no Brasil se desse, como destaca Socorro (2013), enquanto um espaço de privilégio e não de direito.

No que diz respeito à saúde, a assistência médica foi exclusivamente para os trabalhadores urbanos, que incidiam fortemente sobre a economia. A responsabilidade sobre esses serviços eram do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), enquanto à saúde pública tinha sua vinculação com o Ministério de Educação e Saúde (MES), criado em 1930. (SOCORRO, 2013)

A constituição da cidadania por meio da política de saúde se deu de forma diferenciada aos brasileiros, criando uma espécie de critérios de acordo com a sua inserção ao mercado de trabalho. A separação que ocorreu no acesso a saúde caracterizou a distinção que há no reconhecimento dos direitos sociais historicamente, como coloca

Socorro (2013), uma dicotomia clara entre o cidadão (empregado em trabalho formal ou participante da classe burguesa) que acessavam à assistência médica, e o pré-cidadão (os trabalhadores informais, desempregados ou os pobres) que acessavam a saúde quando havia ações de saúde pública.

Em meados da década de 1930, com um novo órgão incumbido pela saúde denominado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ocorre a integração da assistência médica, pelo menos no papel, ao restante dos serviços. Contudo a permanência do caráter sanitarista se faz presente na política de saúde, excluindo ainda o fator social. (SOCORRO, 2013).

No final da década de 1930, dois programas acerca de doenças infecciosas são criados, o primeiro o Serviço Nacional de Febre Amarela, tendo aparato nacional, e o segundo, o Serviço de Malária do Nordeste. (SOCORRO, 2013).

Essas ações de saúde pela forma que ocorreram favoreceram para que a política de saúde fosse fragmentada, pois elas foram realizadas de acordo com as demandas das doenças. Ou seja, se uma determinada doença tivesse a possibilidade de gerar uma epidemia no país e as suas consequências repercutirem sobre a economia, a atenção do setor público se voltava para os cuidados com a saúde. O modelo sanitário da época era definido como sendo a “estruturação de programas e serviços especializados, verticais, destinados a doenças específicas”. (SOCORRO, 2013, p. 109).

Por último, os direitos de terceira geração, que correspondem de forma geral a toda humanidade, por se tratar de um campo que tem caráter internacional e que fica a cargo de mobilizar os países acerca de temas importantes para o bom relacionamento de um Estado nação com o outro. (CUNHA, 2014).

Esses direitos são conhecidos como direitos de solidariedade ou fraternidade, tratando de temas como a paz e o meio ambiente. Essa geração de direitos fez a passagem do Estado de liberal e Social para o Democrático e de Direito, o que em teoria pelo menos, garantiria aos povos acesso total aos direitos e conseqüentemente a cidadania. (CUNHA, 2014).

A política social tem o intuito de agir de forma direta sobre as desigualdades sociais e a sua construção é complexa envolvendo fatores que perpassam por vários âmbitos e interesses diferenciados dentro da sociedade, e entre o capital e o trabalho.

Behring e Boschetti (2008, p. 79) apontam que no Brasil a política social não seguiu o mesmo tempo dos demais países que tinham seu sistema econômico capitalista. Portanto, aqui conformou-se um “cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos

de cidadania, que envolvem a constituição da política social”. As autores acrescentam que esse processo, “de medidas esparsas e frágeis de proteção social” é perceptível da década de 1930, mas que ainda hoje observa-se reflexos dessas características e a política social no Brasil ocorreu de forma lenta e seletiva, segundo Behring e Boschetti (2008, p. 110), com diversos embates de projetos políticos e ações institucionais.

Passaremos a discutir a partir de agora sobre o histórico da política de saúde no nível da atenção básica – (AB) no Brasil, buscando compreender como ela se deu desde o período da industrialização brasileira até os dias atuais, dando enfoque no final como essa política se desenvolve no Distrito federal.

## **1.2 Configuração da política de saúde no Brasil e as tentativas omissas de estruturação da Atenção Primária à saúde.**

Historicamente a política de saúde no Brasil esteve desde o seu início diretamente relacionada com a política econômica, como aponta Aguiar (2015). Portanto, a oferta da saúde pelo setor público ocorria por meio da relação capital/trabalho e mais especificamente no Brasil essa relação começa a ser vista a partir do sec. XX, com a industrialização do país. Bravo (2014, p. 91) aponta que “este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação”.

A saúde pública no Brasil esteve vinculada à industrialização do país, com o objetivo de manter a oferta da força de trabalho em condições viáveis para a manutenção do capital. Mas a preocupação não era apenas essa, havia-se o cuidado também de manter a saúde da classe dominante, por conta das epidemias que acometiam a sociedade na época, como a varíola e a febre amarela. (SOCORRO, 2013).

Por conta da industrialização, os portos eram diversamente utilizados, tanto para receber e enviar mercadorias quanto pessoas. Não havia uma prevenção com a população brasileira e nem com os que aqui chegavam, o que agravava a probabilidade de contaminação dos indivíduos.

As epidemias e endemias eram corriqueiras nesse período. Diante disso foram criadas medidas de prevenção para a diminuição da proliferação das doenças por meio do “saneamento nos portos por onde escoavam as mercadorias; a urbanização e infraestrutura nos centros urbanos, de maior interesse econômico; e campanhas para debelar as epidemias frequentes e prejudiciais à produção”. (AGUIAR, 2015, p. 19).

Na República Velha, houve um limitado avanço na saúde “em decorrência das transformações econômicas e políticas”. (BRAVO, 2005, p. 89). Em 1923, houve um posicionamento do setor público, buscando a ampliação dos serviços, tendo em vista que era necessário se ter mão de obra ativa e em boas condições para que a industrialização brasileira continuasse em crescimento.

Como solução a essas demandas foram criadas as CAPs, a partir da Lei Elói Chaves de 1923, que previa “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.” (BRAVO, 2014. p. 90).

Na década de 30, teve-se um forte impulso a industrialização e a urbanização do país, acompanhado pela introdução de leis sociais. O país deixou de ser predominantemente agroexportador, mas as oligarquias agrárias fizeram um pacto de dominação com a hegemonia e mantiveram privilégios. O Estado por sua vez teve um papel decisivo e redefinido nesse processo, com ampliação da legislação social (fruto das conquistas e reivindicações da classe trabalhadora brasileira), ao mesmo tempo em que Getúlio Vargas tutelava o movimento sindical em apoio ao Estado Novo. (BRAVO, 2014).

O período da Segunda República, que datou os anos 1930 a 1945, trouxe consigo uma reforma administrativa que buscava em questões políticas atender assuntos que correspondiam ao âmbito econômico e social, o que gerou algumas políticas de cunho social. Nesse período, algumas mudanças na formatação do Estado ocorreram, como por exemplo, a criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e do Ministério de Educação e Saúde (MES). (AGUIAR, 2015).

A partir de 1938, o Estado brasileiro começa, por meio do governo federal, criar um sistema que regulamentasse os códigos sanitários. Nesse período, começam as primeiras experiências da atenção primária à saúde, sendo realizados “a organização estadual de saúde pública, destinada a todo o país, incluindo a implementação de um sistema distrital de serviços de saúde, composto por unidades de assistência médica e unidades sanitárias, esses últimos, os denominados centros de saúde e postos de higiene.” (SOCORRO, 2013, p. 109).

As unidades de saúde continuam exercendo as ações sanitárias, sem fornecer o serviço de assistência médica. Os postos exerciam as mesmas funções das unidades de saúde, com um número de profissionais reduzido. Existiam postos que se classificam entre primeira e segunda classe, contando com cerca de cinco categorias de profissionais,

“ambos contando com médico, visitadora, escrevente-microscopista, guarda ou inspetor sanitário e servente.” (SOCORRO, 2013, p. 110).

Na falta do cargo de visitadora, o posto descia de classificação e passava a ser considerado como subposto. Outra categoria existente no período era a dos postos especializados que tratavam de doenças específicas e os postos itinerantes que eram uma unidade móvel sem local definido. (SOCORRO, 2013).

Os centros de saúde tiveram especialmente dois entraves para a sua efetivação, primeiro refere-se ao acesso a medicamentos por meio da indústria farmacêutica, que acabou representando, naquele período, o papel de remediador no processo saúde-doença, o que em princípio seria responsabilidade dos centros de saúde (a diminuição das ocorrências de doenças infecciosas, que culminavam nas altas taxas de mortalidade). Outro empecilho, era o crescimento da medicina previdenciária, que assegurava ações curativas. (SOCORRO, 2013). Outra vez os indivíduos pertencentes as camadas mais pobres e excluídos do mercado de trabalho ficaram à mercê de programas focalizados e restritos em questões de oferta de ações de saúde.

A política de saúde, nesse período, tem ao menos duas abordagens institucionais, uma subsidiada pelo MES, que proporcionava ações de saúde pública, mas que não prestava assistência médica aos indivíduos considerados pré-cidadãos. (SOCORRO, 2013). A segunda abordagem seria no campo da medicina previdenciária, subsidiada pelo METIC, fornecida por meio das CAPs e, posteriormente, pelos IAPS, que garantia acesso a assistência médica, aos considerados cidadãos.

A política de saúde adotada nesse período reforçava “a antiga dicotomia: as ações de caráter coletivo sob a gestão do MES (modelo sanitário campanhista<sup>1</sup>), separadas das ações curativas e individuais, vinculadas aos IAP’s.” (AGUIAR, 2015, p. 24). A divisão da oferta de serviços de saúde para os indivíduos eram notáveis, uma pequena parcela da população acessava a saúde por meio da via do seguro, do âmbito privado, outra por meio da medicina liberal, a elite, parcela mínima da sociedade, e a terceira e a maior parcela, quem não tinham vínculo com a previdência social ficava a mercê das ações caritativas e da medicina popular.

Em 1942, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que por trás de sua criação apresentava novamente interesses econômicos relacionados “à extração da borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce, matérias-primas

---

<sup>1</sup> Modelo de saúde coletiva que emerge na República Velha e se mantém na segunda República, que buscava de forma autoritária promover ações de saúde.

cruciais aos esforços militares dos EUA no conflito bélico.” (SOCORRO, 2013, p. 115). Esse projeto teve a Fundação Rockefeller como colaboradora técnica e financeira.

O SESP no final da década de 1940 amplia a sua atuação para algumas cidades do Norte e Nordeste por meio de convênios com os estados. O modelo de atenção à saúde criado pelo SESP se deu enquanto outra referência para a configuração dos serviços básicos no Brasil. A inovação do SESP foi a crítica à restrição das atividades dos centros de saúde que almejavam até então apenas a prevenção e excluía a medicina preventiva e curativa. (SOCORRO, 2013).

Em 1951, o presidente Vargas retorna ao poder por meios de eleições diretas e, em 1953, desvincula o ministério da saúde do da educação, destinando apenas um terço do recurso total que abarcava os dois ministérios para a saúde. Em 1956, Juscelino Kubitschek se torna presidente da República e acerca da saúde as medidas se configuram enquanto paliativas sem grandes mudanças em relação as dos governos anteriores, o modelo privatista de saúde ganha força nessa época. (AGUIAR, 2015).

Com a divisão do MES e o recebimento da menor fatia do orçamento destinado a este, o Ministério da Saúde (MS) demonstra que a questão da saúde pública em plano nacional não se fez prioridade, mesmo se reconhecendo com a criação deste que a política de saúde é importante.

As unidades de saúde pública eram em pequeno número nesse período e sua ocorrência se dava de forma restrita. O modelo que se tinha no Brasil até a década de 1950 acerca da assistência médica era um “modelo verticalizado de organização sanitária – hospitais especializados para cada programa de saúde pública” (SOCORRO, 2013, p. 110).

A evidência desse tipo de serviço demonstra a baixa valorização da saúde pública e ainda o ranço da velha República, que colocava ações de saúde para a manutenção da classe trabalhadora e para a reprodução do capital, identificando apenas a doença e excluindo outros determinantes do processo saúde-doença.

No Distrito Federal (DF) a saúde pública não se configurou de forma diferente do restante do Brasil. Na década de 1960, a saúde pública no DF era voltada para a prática da medicina curativa e individual, seguindo os princípios do restante do país.

O objetivo da recente capital era a de superar os padrões nacionais e até mundiais e prestar a população serviços públicos de alta qualidade. Contudo, em todos esses anos ocorreram apenas duas tentativas principais de organização da saúde no DF, sendo o

Plano de saúde Bandeira de Mello de 1960, e, o Plano de saúde Jofran Frejat de 1979. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009)

O Plano de saúde Bandeira de Mello focava a sua atenção para o âmbito hospitalar, sendo o propósito de atuação os níveis de atenção secundária e terciária. A estrutura do plano tinha a seguinte configuração:

(a) eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais; (b) distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais; (c) redução do custo e aumento da eficiência dos serviços, resultante da concentração; (d) comodidade para a população, evitando-se deslocamentos; (e) livre arbítrio do usuário na escolha do médico que trataria da sua saúde; (f) pagamento aos médicos por produtividade; (g) regime de trabalho integral; (h) possibilidade atendimento médico a pacientes particulares; (i) participação da população na solução de problemas por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde; (j) serviço de atendimento domiciliar a convalescentes, evitando-se a permanência em leito hospitalar. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009, p. 1412).

O Plano de saúde Bandeira de Mello sugeriu que fosse criado uma Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), que seria o principal organismo responsável pela administração da saúde e que ficaria a cargo da Secretária de Estado da Saúde do DF (SES-DF), atuando juntamente com as demais estruturas e níveis do sistema de saúde.

Em tese, a FHDF seria capaz de atender cerca de 500 mil pessoas. O plano objetivava a criação de um hospital que oferecesse o nível terciário de atenção, 11 hospitais que fossem de atenção secundária e 6 hospitais rurais. A atenção à saúde ofereceria em teoria atendimento para uma gama de especialidades. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009)

Os princípios da saúde no DF em 1960, segundo Göttems e Evangelista (2009), eram fundamentados com características curativas, individualistas e especializadas, sendo ainda fortemente ligada ao setor privado. Essas características refletiram na estrutura da atenção básica a saúde no DF, tendo destaque pelos autores: “concebe-se assim o embrião das dificuldades futuras para a implantação da política de atenção básica”. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009, p. 1413)

Para Göttems e Evangelista (2009), dez anos após à inauguração de Brasília, os atendimentos eram feitos predominantemente no pronto socorro. Para o atendimento na rede de saúde tinha-se nesse período 6 unidades hospitalares, 5 unidades de postos de saúde, e uma unidade integrada de saúde, que ficava a cargo da Universidade de Brasília (UnB).

O Plano de saúde Bandeira de Mello não se materializou conforme foi proposto. A população aumentou mais do que o estimado, as demandas foram ficando retidas e a população insatisfeita com a saúde proporcionada no DF. Além do fato de que os profissionais não apresentavam a qualificação devida para atender a todas as especialidades como previsto. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009)

No âmbito nacional, o período de 1964-1974 foi marcado pela primeira década da ditadura civil-militar, que consistiu em um período de supressão de direitos políticos e civis, contou com a implementação de Atos Institucionais (AI) que implicavam em ordens políticas, econômicas e sociais. Bravo (2014, p.93) ressalta as características desse período:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

A política de saúde teve que lidar no período com inúmeros problemas, que começaram a incitar uma parcela da população a se organizar em busca de mudanças estruturais na área da saúde. Em meio a toda repressão exercida pelo o Estado, a forma como a atenção à saúde era implementada começa a ser questionada e, a partir disso, começou-se a desenhar uma nova base teórica e ideológica, que buscava, a partir do materialismo histórico dialético de Marx uma medicina-social. (ESCOREL,2008).

No contexto da reforma sanitária a medicina comunitária<sup>2</sup> começa a fazer parte da saúde no Brasil, tendo como proposta programas de Atenção Primária à Saúde (APS), que tivessem o custo reduzido e fossem destinados às populações que não acessavam as ações mais complexas de saúde. (SOCORRO, 2013).

Essa alternativa ganhou espaço porquê 50% da população brasileira estava fora do sistema de medicina previdenciária, não tendo acesso à saúde de qualidade. O modelo serviu de base para muitas ações de saúde no país na mesma década. Uma proposta que o Brasil incluiu e que configurou a medicina comunitária, ocorreu em 1976 sendo chamada de Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS). (SOCORRO, 2013).

---

<sup>2</sup> Segundo Socorro (2013, p. 128) a medicina comunitária teve origem nos EUA, enquanto no Brasil começaram a ser introduzidas na década de 70 como campo de estágio para estudantes e médicos residentes.

Em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) pela primeira vez teve participação social, por meio do movimento sanitário, sendo a principal abordagem da CNS foi o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O PIASS, seguindo o que a medicina comunitária previa, foi criado com o intuito “de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes.” (SOCORRO, 2013, p. 132). A proposta que teve aprovação em 1976, considerava a implantação de módulos básicos, que seriam compostos por postos e centros de saúde, responsáveis por um contingente específico de acordo com as áreas rural e urbana.

Por questões de interesse político, os números demonstraram em tese que a proposta teria sido efetiva, sendo colocado que mais da metade do território, ao qual era a área de cobertura, recebeu os postos e os centros de saúde. Contudo, mais uma vez na saúde pública, os principais objetivos foram substituídos por práticas simplórias.

O PIASS, na prática, ao invés de majoritariamente implementar postos e centros de saúde, colocou uma rede de minipostos para as ações de saúde. Além desse ponto, o projeto não foi bem aceito pelo SESP e pela Previdência social, instituições que concentravam as ações de saúde no período, sendo mais tarde acoplado ao MS, no programa Nacional de Serviços Básicos. (SOCORRO, 2013).

Diante o cenário mundial, em relação as ações básicas de saúde, foi convocada uma Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, sistematizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que ocorreu em Alma Ata, no ano de 1978, ficando conhecida popularmente como Conferência de Alma-Ata. (GIOVENELLA; MAGALHÃES, 2013).

Um dos principais temas que se debateu em Alma-Ata correspondia ao modelo de intervenção que se dava nos países periféricos, relacionado predominantemente ao controle de epidemias e pandemias, e no qual o Brasil se enquadrava. (GIOVENELLA; MAGALHÃES, 2013):

O relatório de Alma-Ata (1979, p. 4) coloca quais deveriam ser as características da APS:

Os cuidados primários de saúde:

- Refletem e a partir deles evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas dos países e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da

pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde da experiência em saúde pública.

- Tem vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- Incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e os métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.
- Envolvem, além do setor de saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunidades e outros setores e requerem os reforços coordenados de todos esses setores.
- Requerem promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, capacidade de participação das comunidades.
- Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando a progressiva melhoria dos cuidados aos que tem mais necessidade.
- Baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder as necessidades expressas de saúde da comunidade.

No mesmo ano que o Relatório de Alma Ata foi publicado, no DF uma outra solução foi apresentada para a situação emergente da saúde, que foi o Plano de Saúde Jofran Frejat. Este plano foi baseado nos princípios da conferência de Alma Ata, e colocou a APS enquanto ponto central, introduzindo que a atenção a saúde fosse hierarquizada, descentralizada e regionalizada. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009).

Em tese seriam distribuídas unidades de centros de saúde e postos rurais a cada 30 mil habitantes, estes conteriam as especialidades em clínica médica, ginecologia, pediatria e odontologia. O Plano de Saúde Jofran Frejat propunha a criação de um hospital de base, que fosse referência em alta complexidade, e um hospital de média complexidade em cada cidade satélite. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009).

Nesse período, a infraestrutura da APS no DF melhorou, foram criadas 41 unidades de saúde, entre elas postos e centros de saúde, foram também contratados mais

profissionais da área da saúde, proporcionado um número maior de serviços de atenção básica e posteriormente um atendimento de maior qualidade aos usuários. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009).

Em contrapartida a formação profissional<sup>3</sup> de quem prestava os serviços foi um obstáculo já que estes não tinham bases teóricas voltadas a saúde pública e sim a uma saúde mais curativa e individual, que culminou ao longo do período ao retorno de um número alto de demandas para os hospitais. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009).

Para Göttems e Evangelista (2009, p. 1413), as ações para a APS estavam sendo realizadas por meio de iniciativas “centradas em problemas prevalentes de saúde, em métodos de prevenção e controle de agravos, por meio da vigilância epidemiológica.” O que ainda representava características dos períodos anteriores.

Ainda em 1979, ano da publicação do Relatório de Alma Ata, e do Plano de saúde Jofran Frejat no DF, uma conferência organizada pela Fundação Rockefeller, chamada “Saúde e População em Desenvolvimento” discutiu um novo tipo de APS, classificado como seletiva para os países em desenvolvimento. Esse projeto encabeçou uma estratégia de APS sendo contra os princípios apresentados em Alma-Ata.

O cenário naquele momento não era favorável, a economia estava em crise e o neoliberalismo se apresentava ao mundo. Em consequência disso e com o objetivo de adequar a APS a política neoliberal, a partir dessa conferência criou-se a APS seletiva, que objetivava intervenções de baixo custo para certo grupo de doenças que eram mais decorrentes nos países periféricos. A proposta da APS seletiva tinha quatro medidas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização. (SOCORRO, 2013).

Socorro (2013, p. 163) categorizou esse modelo de APS, como “uma saúde pobre para os pobres”, e completou classificando-a enquanto “atenção à saúde primitiva e um meio de controle social da pobreza, um rebaixamento do padrão ouro estabelecido em Alma-Ata.” (SOCORRO, 2013, p. 163). No Brasil, a experiência de APS seletiva foi materializada pelos programas: PIASS, Ações Integradas de Saúde (AIS), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

---

<sup>3</sup> É interessante pensarmos, seguindo o que Starfield (2002) nos apresenta a respeito da formação do médico, que em geral não é realizada para saúde pública, como outros tantos profissionais que vão para o sistema de saúde. A autora coloca que a Atenção Primária a Saúde obtém resultados superiores quando os profissionais da equipe estão aptos ao reconhecimento de várias doenças, do que quando são treinados e direcionados a uma única área. O Brasil, por exemplo, apresenta uma formação mais voltada para a especialidade em algo, do que profissionais mais generalistas, como coloca Socorro (2013)

Após dois anos da Conferência de Alma-Ata, ocorreu a 7ª CNS tendo como tema “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, que trouxe o debate sobre o que inicialmente foi chamado de PróSaúde, e posteriormente de Prev-Saúde, correspondendo ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. (SOCORRO, 2013).

O evento colocou que a APS deveria ser a porta de entrada do sistema de saúde. Na 8ª CNS, a APS não chegou a ser amplamente discutida, sendo apenas colocado que os serviços básicos de saúde deveriam ser responsabilidade dos municípios. (SOCORRO, 2013).

No DF, no final da década de 1980 e no início da década de 1990, ocorreu uma abertura do Estado para ouvir a população quanto as suas demandas de saúde, e houve incentivo para que os profissionais de saúde fossem trabalhar na APS. A I Conferência de Saúde do Distrito Federal ocorreu nesse período, colocando em debate a situação da SES-DF, sendo os pontos principais:

Distorções na utilização das unidades básicas de saúde decorrentes da padronização do atendimento, contrapondo-se às diferenças na composição demográfica e epidemiológica da população; (b) autoritarismo na implantação do modelo de atenção, sem a participação da sociedade e de profissionais de saúde; (c) abandono dos princípios originais do plano de saúde; (d) predomínio da assistência hospitalar. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009, p. 1414)

Outros processos ocorreram no período, em âmbito nacional, como a implementação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), a criação do Programa Saúde em Casa (PSC) e a fundação de uma escola, que ficaria responsável de capacitar e formar os servidores da saúde para um novo modelo de atenção à saúde. Mas o que diz respeito a APS, essa ainda não apresentava relevância na configuração da saúde pública no DF. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009)

O processo da reforma sanitária foi se consolidando gradativamente, com a redemocratização do país e a convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte (ANC), que possibilitou a atuação maciça dos movimentos sociais e contou também com a participação de grupos que defendiam o setor privado de saúde.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento

setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, p. 96)

Em março de 1986, um ano antes da ANC, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi decisiva para a existência do Sistema Único de Saúde (SUS). A conferência contou com cerca de quatro mil e quinhentas pessoas (BRAVO, 2014) e proporcionou que ocorresse “o debate acerca dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública”. (AGUIAR, 2015, p. 37). Os temas se davam em torno “da saúde como direito da cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor.” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 436)

Durante a ANC ocorreu uma forte pressão da população brasileira, por meio dos movimentos sociais que procuravam lograr um Constituição que garantisse a proteção social, conseguindo em seguida a materialização dessa luta por meio do capítulo II, do Título VIII da Carta Magna de 1988. (NORONHA, LIMA, MACHADO 2008).

Em 1988, com a luta do movimento da reforma sanitária e com o estabelecimento da CF mais democrática até os dias atuais, a saúde é integrada à seguridade social no art. 194 como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. No cap. II – da seguridade social, seção II, art.196 encontramos que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Na década 1990, a política de saúde é concretizada pela lei. n. 8080/90 e o SUS é instituído.

Com a CF/88 a saúde pública no DF, especialmente a APS, ganha novos parâmetros. A II Conferência de Saúde do Distrito Federal ocorre, e o seu relatório deixa claro que no DF a atenção básica não se conforma com “as ações relativas ao perfil epidemiológico da população” (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009, p. 1414).

Nesse período, devido ao reconhecimento da APS, o governo decidiu colocar o Programa Saúde em Casa<sup>4</sup> como o programa de sistematização da APS. Contudo, alguns

---

<sup>4</sup> O programa foi interrompido em seu segundo ano de execução por questões políticas e a saúde pública retornou ao modelo tradicional.

pontos foram cruciais para que a tentativa no período que vigorou não fosse tão efetiva assim, sendo eles:

a duplicação de estruturas de atendimento, com funcionamento paralelo à rede de saúde tradicional, em residências alugadas, desarticuladas das atividades dos Centros e Postos de Saúde existentes; a contratação de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família por meio de organização não-governamental, fora, portanto, dos quadros do serviço público; e a retribuição salarial muito acima dos valores pagos ao funcionalismo público, argumento recorrente para explicar a resistência dos servidores da SES-DF ao trabalho das equipes do PSC. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009, p. 1415).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) começa a partir do final da década de 1990 a ser implantada no DF, com algumas mudanças na sua operacionalização, gratificação para os serviços das equipes da ESF, ampliação da rede com mais 30 unidades para que os profissionais da ESF trabalhassem, e a contratação de profissionais para o Programa Saúde da Família. Com isso a APS passa a fazer parte efetivamente da atenção à saúde no DF. (GÖTTEMS; EVANGELISTA, 2009).

No final da década de 1990, em todo o território brasileiro por meio da Portaria GM/MS nº 3.925/1998 e pela Norma Operacional Básica – NOB/96 começou a vigorar o Manual para Organização da Atenção Básica, que coloca a atenção básica enquanto parte integrante do SUS. O manual apresenta as normas para a organização da atenção básica, colocando as responsabilidades dos municípios, em questões de gestão e de atuação com a população. (SOCORRO, 2013).

As ações da atenção básica, nessa época, em tese eram para abranger pontos como a educação em saúde e combate às carências nutricionais, mas, um tempo após a publicação do manual foram definidos pontos mais sucintos para a atuação mínima da atenção básica, como o controle e acompanhamento de pacientes com diabetes e ou hipertensão. Socorro (2013) coloca que o que era para ser o mínimo de atuação da atenção básica se tornou o máximo em muitas partes do Brasil, diante obstáculos como o orçamento público.

Em 2001, com a revisão da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), a pretensão era que houvesse dentro do SUS uma reestruturação, tendo como base a regionalização para que os serviços pudessem proporcionar a integração da atenção básica com a especializada.

A atenção básica com a NOAS passa a ter responsabilidades mais amplas, sendo constituído nesse período o Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A). Alguns

programas foram instituídos para contemplar a nova atuação da atenção básica, sendo eles: Programação Pactuada Integrada (PPI), que tinha como objetivo identificar as demandas apresentadas na atenção básica e a partir disso planejar a integração da atenção básica com os outros níveis do SUS; o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que era responsável pela descentralização e regionalização dos serviços de saúde; e, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) que visava a ampliação do acesso, identificando a necessidade de implantação de novas estruturas e de profissionais. (SOCORRO, 2013)

Efetivamente os resultados pretendidos pela NOAS não chegaram a ser concretizados proporcionando uma atenção básica abrangente, que tem a APS como porta de entrada e atenção continuada. Mais tarde, a partir da iniciativa de uma parte dos gestores da saúde, estratégias começaram a ser colocadas para que houvesse uma maior integração nos serviços da atenção básica com a atenção especializada, dada atenção secundária e terciária. (SOCORRO, 2013)

Em 2003, há uma nova configuração no cenário político com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, mas que para a saúde não representou avanços significativos, seguindo a proposta anterior. O MS se posicionou a favor de uma maior cobertura do PSF, para a sistematização de uma atenção básica ampla.

O financiamento da atenção básica recebeu valores maiores, a partir do PAB fixo e variável para a implantação de um grupo de serviços (ACS, ESF, Equipe de Saúde Bucal – ESB e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)). As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) receberam maiores recursos para que exercesse o papel de apoio técnico e avaliação da atenção básica. Essas iniciativas de organização da atenção básica, buscavam que o PSF se expandisse para áreas com índices maiores de pobreza. (SOCORRO, 2013).

Em março de 2006, por intermédio da portaria nº 648, o MS edita a PNAB, esse processo significou para APS uma configuração de atributos abrangentes. Segundo Socorro (2013), a APS ganha um novo status passando de um programa que complementa algo, que tem caráter focalizado e restritivo para o papel primordial de porta de entrada do SUS e estruturação da rede básica. Os dados no final do governo Lula acerca da saúde pública, especialmente a APS não são animadores. Segundo Socorro (2013, p. 220) a atuação passou “de uma cobertura populacional de 32,13%, em janeiro de 2003, para 52,23%, em dezembro de 2010” o que demonstrou que metade da população continuava sem a cobertura dos serviços da atenção básica.

### **1.3 A atenção básica à Saúde no Distrito Federal, no Governo Rollemberg (2015 - 2018)**

Alguns obstáculos que são percebidos na trajetória da saúde pública no Brasil refletiram diretamente em como a política de saúde do DF se conformou, são exemplos claros dessa problemática: o baixo orçamento direcionado à política de saúde, fazendo com que o financiamento se dê de forma restrita; a separação entre as ofertas de serviços, favorecendo o padrão hospitalocêntrico que se dá enquanto predominante no Brasil e no DF, e, a disputa entre o setor público e o setor privado que ocorre no interior do Estado.

Este tópico portanto tem o intuito de caracterizar a atenção básica a saúde no DF no Governo Rollemberg, buscando entender qual o posicionamento do Governo diante da temática, tendo em vista a falta de atuação dos governos anteriores na AB.

Como colocam Göttems e Evangelista (2009), a média e alta complexidade no DF sempre foram focos para a existência do setor privado, sendo estes os níveis de atenção de maior custeio e, posteriormente, maior rentabilidade para o setor privado, enquanto a atenção básica sempre ficou a cargo do Estado, sem muito interesse privado por não apresentar ganhos elevados e ser menos onerosa para o Governo.

O Governo Rodrigo Rollemberg, tem na atual configuração da gestão da SES/DF o Secretário de Saúde: Humberto Lucena Pereira da Fonseca; Secretário-Adjunto de Assistência à Saúde, Daniel Seabra Resende Castro Correa e o Secretário-adjunto de Gestão em Saúde: Ismael Alexandrino Junior.

No plano de saúde governamental elaborado em 2016, com vigência até o final de 2019, o governo se colocou comprometido com a efetivação do SUS, utilizando-se da APS como instrumento transformador da atual situação da saúde no DF:

A necessária reconstrução do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal fundamenta-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e da eficiência do sistema, como também na promoção da equidade das ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e na continuidade do cuidado. A regionalização do sistema, a atenção básica, o pronto atendimento, a ampliação do Programa Saúde da Família e a modernização da gestão da saúde são elementos estratégicos para a organização e a melhoria das redes de saúde e a integração entre o Distrito Federal e os municípios do Entorno. (PROGRAMA DE GOVERNO – 2015/2018).

A AB no programa de governo é citada como um dos pontos importantes para que o funcionamento da política de saúde alcance os objetivos propostos pelo governo e o PSF especialmente, se torna o carro chefe para a APS.

Na tentativa de concretizar a proposta foi criado o Projeto Brasília Saudável (PBS), em 2016, que presume a reformulação da APS no DF. Um dos principais intuítos desse projeto é que ao longo do tempo, a APS tornar-se-á a porta de entrada, incidindo sob o sistema de saúde e diminuindo o número de indivíduos no pronto-socorro.

Esse ponto é questionável pois a APS pode ser tratada de maneira indevida, sem a importância necessária, retornando nesse contexto, ao mesmo caráter de antigamente, uma espécie de “desafogador” da atenção de média complexidade.

O Projeto Brasília Saudável coloca que a equipe do PSF seria composta por: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde e equipe de saúde bucal, que acompanharia os pacientes de forma contínua. A proposta coloca que eles passariam a acompanhar diariamente a comunidade e que o número máximo de pessoas a serem atendidas por cada equipe seria de quatro mil pessoas. O objetivo do programa seria o reconhecimento dos problemas de saúde que fossem mais decorrentes naquela determinada área:

Essa equipe passa a se especializar nos problemas de saúde mais frequentes naquela população que acompanha. Se a equipe estiver, por exemplo, próxima de uma população que tem muitos problemas respiratórios, ela será capaz de tratar de casos de asma mais crônicos e menos agudos sem a necessidade de encaminhá-los a um pneumologista. (BRASIL, SES/DF, 2016)

O Projeto Brasília Saudável como vimos, apresenta como base para APS o PSF, sendo segundo o Secretário o programa que traria mais resultados alcançando mais qualidade e resolubilidade para a saúde no DF. Em entrevista<sup>5</sup>, o Secretário de saúde ressalta ainda que a "Atenção primária é a parte da saúde que resolve a maioria dos problemas da população com o menor custo. Por isso, queremos aumentar sua resolutividade", e que "Há um antigo slogan da Sociedade Brasileira de Medicina que dizia: 'Médico de Família, especialista em você'. Esse é o profissional que vamos ter".

---

<sup>5</sup> Entrevista do Secretário de Saúde Humberto Fonseca disponibilizada em <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/7509-sa%C3%BAde-apresenta-o-projeto-bras%C3%ADlia-saud%C3%A1vel-com-foco-na-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia.html>

Sendo assim, a ESF é colocada pelo governo enquanto seu carro chefe para a AB, e para entendermos qual a atuação que o governo pretende em relação ao PSF iremos analisar a tabela 1, que traz dados da cobertura do Programa Saúde da Família em 2016

Tabela 1 - Cobertura do Programa Saúde da Família - 2016

<b>Cobertura do Programa Saúde da Família</b>					
<b>Região do DF</b>	População	COB. ESF	Nº ESF	Nº UBS Próprias	Nº UBS não Próprias
<b>Sudoeste</b>	779.433	32,2%	67	26	6
<b>Oeste</b>	518.985	27,4%	38	18	4
<b>Centro-Sul</b>	443.358	27,9%	33	17	5
<b>Sul</b>	285.147	39,4%	30	14	9
<b>Leste</b>	229.682	45,7%	28	11	15
<b>Norte</b>	372.582	42,2%	42	21	13
<b>Centro-Norte</b>	285.644	1,3%	1	8	2
<b>Total</b>	<b>2.914.830</b>	<b>30,7</b>	<b>239</b>	<b>115</b>	<b>54</b>

Fonte: Programa Brasília Saudável, 2016  
Elaboração própria

Em 2016, o PSF contemplava as 7 regiões do DF, mas cobria apenas 30,7% da população total. O objetivo apresentado no programa governamental era que 60% da população pudesse ser coberta pelo PSF no período vigente (2016-2019). Portanto uma parcela significativa de cidadãos estava sem acesso ao programa, excluindo o princípio da universalidade e tornando o PSF um programa focalizado e restrito, que visa apenas as famílias mais carentes do DF, seguindo os princípios da contrarreforma do Estado, como veremos adiante.

Outro ponto importantíssimo que o Projeto Brasília Saudável apresenta é a inserção dos Organizações Sociais (OSS), para gestar o programa, o que vai ao encontro da contrarreforma do Estado. Segundo Fonseca (2016) “As parcerias com as Organizações Sociais podem nos ajudar a fazer mais rápido e com mais eficiência. Nós temos um modelo de gestão que é o da administração direta, baseado em concursos

públicos, em contratação pela Lei de Licitações. Esse modelo hoje nos gera extrema dificuldade para trabalhar.” (BRASIL, 2016).

O modelo citado anteriormente para o gerenciamento privado da saúde pública por meio da OSS segue as linhas das reformas neoliberais que começaram na década de 1990 no Brasil. Segundo Correia (2007), a política neoliberal ataca o SUS com o intuito de sucatear e promover o desmonte da saúde pública. O acesso que era para ser universal torna-se excludente. Diante das dificuldades para acessar o sistema potencializa a mercantilização da saúde, fomentando as inúmeras vias de consumo, sendo exemplos, a própria terceirização do serviço público de saúde para o privado, os planos de saúde ou as consultas e/ou exames realizados de forma autônomas, com pagamento prévio. (CORREIA, 2007).

Outro fator importante que a autora Maria Valeria Correia destaca é que essas reformas fazem parte de um processo mundial de mudanças econômicas. As reformas sanitárias propostas por fontes externas de cunho financeiro, como o Banco Mundial (BM), a interferência dos representantes do capital, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), se realiza em prol de interesses particulares de Estados que detêm maior poder. Nesses processos, países que apresentam menor influência são pressionados para que corroborem com as políticas de desregulamentação e privatização do Estado. (CORREIA, 2007).

A seguinte orientação passada pelo BM para os países em desenvolvimento, que cria uma ruptura com a políticas de cunho universal, é que os Estados Nacionais possam priorizar “aos setores sociais fundamentais, os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas para dar eficácia e equidade aos gastos sociais” (CORREIA, 2007, p. 5).

Portanto, os princípios para a gestão da saúde e algumas características do próprio PSF no DF, aos quais o Governo Rollemberg propõe a seguir percorre a proposta de contrarreforma do Estado colocada pelo BM, retirando do espaço social a intervenção estatal na garantia de direitos básicos e transferindo recursos públicos para a rede privada.

Seguindo a análise da Atenção Básica no DF, a tabela 2 apresenta o panorama da rede de atenção básica no DF no ano de 2015, em que contava com apenas 7 Centros de saúde do PSF, em contrapartida de um total de 59 Centros de Saúde Tradicionais. A meta do Governo Rollemberg era que o número de unidades PSF aumentassem, cobrindo a maior parcela da população do DF, especialmente em áreas mais críticas, que

apresentavam maior população, com menor poder aquisitivo e maior demanda nas emergências, como a cidade satélite Ceilândia.

Tabela 2- Configuração da rede de básica de saúde no DF

<b>Unidades de Atenção Primária</b>				
<b>Região de Saúde DF</b>	<b>Centro de Saúde Tradicional</b>	<b>Centro de Saúde Família</b>	<b>Clínica da Família</b>	<b>Postos de saúde (Rurais e Urbanos)</b>
Centro Sul	9	2	0	6
Centro Norte	8	0	0	0
Oeste	12	1	0	5
Sudoeste	13	1	7	3
Norte	6	2	2	11
Leste	2	1	0	8
Sul	9	0	0	5
<b>Total Geral</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>38</b>
<b>DF</b>				
<b>Total de UBS172</b>				

Fonte: Plano distrital de saúde 2016-2019  
Elaboração própria

Outro documento importante da Atenção Básica para esta política no Governo Rollemberg é o Plano Plurianual (PPA<sup>6</sup>) do DF, com vigência entre 2016-2019. Nele a APS é colocada enquanto um meio primordial de modificação do atual sistema de saúde do DF, prevendo como campos essenciais da APS ações curativas, promoção e prevenção da saúde.

A SES/DF se apresenta compatível com as diretrizes da PNAB, expressando que o melhor meio de atuação da APS é a ESF, pois ela contempla características essenciais da APS, como “integralidade, longitudinalidade, resolutividade, primeiro contato,

<sup>6</sup> O PPA é instrumento do planejamento governamental, previsto na Constituição Federal por meio do art. 165. Ele é construído a cada 4 anos, com o objetivo de traçar as metas de determinado governo acerca da organização das políticas públicas.

produção de vínculo, coordenação, competência cultural, orientação familiar e orientação comunitária.” (BRASILIA, 2016).

O PPA reconhece que no DF o processo saúde-doença está vinculado apenas a doença, culminando em um modelo de atenção que privilegia e sobrecarrega ao mesmo tempo a média e alta complexidade. É descrito ainda no PPA a situação de desarticulação dos níveis de assistência, tornando a rede de saúde pouco resolutiva para os cidadãos no DF. O processo de reestruturação da APS prevê no PPA:

Expansão ordenada e gradual das Equipes de Saúde da Família – ESF e das Equipes de Saúde Bucal - ESB, pela organização dos seus processos de trabalho, pela revitalização da Rede de Atenção, por meio de reformas em unidades existentes e a construção de novas Unidades Básicas de Saúde - UBS e, também, pela conversão do modelo de atenção praticado em Centros de Saúde, de forma que passem a alocar ESF e ESB. (BRASILIA, 2016).

O PPA presume a atenção à saúde de acordo com a realidade do DF, tendo em vista a assistência equânime para grupos populacionais específicos de acordo com as demandas, crianças, mulheres e idosos por exemplo, além de grupos em situação de vulnerabilidade social, presidiários, pessoas em situação de rua, pessoas deficientes, população negra e população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros). (BRASILIA, 2016).

As ações que são colocadas no PPA para o alcance dos objetivos da atenção básica são:

- Construção de Unidades Básicas de Saúde
- Ampliação de Unidades Básicas de Saúde
- Reforma de Unidades Básicas de Saúde
- Atenção integral à saúde de adolescentes em medida socioeducativa em regime fechado
- Desenvolvimento das Ações de Atenção Primária em Saúde
- Assistência à saúde no Sistema Prisional

As propostas do governo acerca da Atenção Básica, foram descritas e percebemos claramente que o atual governo do DF compactua com as diretrizes da contrarreforma do Estado, colocando a saúde como um espaço de disputa entre o setor público e o privado,

seguindo antigas tradições brasileiras de não valorização do setor público nas políticas sociais.

Nos últimos tempos tem-se observado a grande tendência do Estado em tomar decisões que acarretam a focalização do acesso para as políticas públicas, e especialmente para a política de saúde que vive um momento de intensificação de reformas neoliberais, que buscam pelos mais diversos organismos a privatização do aparelho estatal.

O Estado Brasileiro concede em tempo de capital financeiro cada dia mais lugar a iniciativa privada ameaçando continuamente a manutenção do SUS. No DF o processo não ocorre de maneira diferenciada, diante as análises dos documentos apresentados pelo Governo Rollemberg, a saúde e especialmente a Atenção Básica, são colocadas como prioridade do governo, contudo as soluções para os problemas que as mesmas apresentam, são pautadas na contrarreforma do Estado, buscando o sucateamento do SUS ao invés do seu fortalecimento.

#### **1.4 A focalização da Política Nacional de Atenção Básica a Saúde**

Seguindo o que a PNAB estabelece, a atenção básica sendo realizada de forma a configurar a porta de entrada ao SUS, favorece ao sistema alcançar uma maior eficiência como apontam Giovanella e Mendonça (2008, p. 594) “Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para maior eficiência do sistema [...] um sistema de porta de entrada obrigatória reduz custos.”

A PANB foi instituída pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Em 2011 um novo documento é apresentado para a revisão da Atenção Básica e a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a PNAB, “estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”, conforme Ministério da Saúde (2012, p. 13).

A PNAB nesse período fica sendo compreendida como a concretização da luta dos atores sociais acerca do “desenvolvimento e consolidação do SUS” de acordo com o Ministério da Saúde (2012). Ela prevê que a política ocorra de forma altamente descentralizada, facilitando o acesso dos usuários as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Se tornando assim o primeiro contato e a porta de entrada dos indivíduos ao SUS e possibilitando o acesso dos mesmos a toda Rede de Atenção à Saúde - RAS<sup>7</sup>.

Nos princípios da PNAB, encontramos além dos princípios equivalentes aos do SUS, pontos que preveem uma relação próxima entre o usuário das UBS e os profissionais da mesma, proporcionando e garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Esse vínculo entre a equipe e o paciente possibilita um processo, conforme o Ministério da Saúde (2012, p. 21), “de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”, e permitindo a criação e percepção do histórico de vida dos indivíduos, o que possibilita a integralidade no atendimento. Todos os entes federados e o Ministério da Saúde têm responsabilidades sobre a execução da PNAB.

No ano de 2017, a PNAB passou por uma nova revisão por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, tendo o seu texto sido aprovado no final de agosto de 2017. As mudanças na PNAB começaram pelo ponto da portaria 2.436/2017, que passa estabelecer “[...]os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.” (BRASIL, 2017, p. 68).

Outros pontos de mudanças foram o entendimento da Atenção Básica como porta de entrada e comunicação com os níveis de atenção, sendo coordenadora do cuidado e ficando responsável por organizar os serviços disponíveis na RAs. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são colocados para Atenção Básica sendo ofertada, conforme a demanda mais específica de determinado local.

É reforçado que a Atenção Básica seja um lugar de integração dos indivíduos e não de exclusão dos mesmos baseados em preconceitos e estereótipos, sendo apresentado no “§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.” (BRASIL, 2017, p. 68)

---

<sup>7</sup> Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 25)

A PNAB 2017 coloca a ESF como a principal estratégia para a expansão e cobertura da Atenção Básica e que todas as unidades que prestam serviços a partir do SUS na AB, serão nomeadas de UBS, sendo “espaço de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.” (BRASIL, 2017, p. 68) Os princípios adotados pela PNAB 2017 com base nos SUS:

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização: b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.

A última revisão da PNAB começou a ser pleiteada no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica que ocorreu em 2016, promovida pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Morosini e Fonseca (2017) problematizam a revisão da PNAB, colocando que esse processo na atual conjuntura de sucateamento em todos os âmbitos do SUS, provoca o retorno da proposta de um APS seletiva.

As autoras colocam que quando a PNAB se propõe a atuar de acordo com as especificidades de cada lugar, isso gera a relativização da atuação da AB, deslocando parte da população para o setor privado, colocando mais uma vez a saúde como uma rentável mercadoria.

A Atenção Básica quando passada ao status de mercadoria deixa de atender ao grande público, colocando as pessoas em condições de acesso de acordo com os seus rendimentos. Se o indivíduo pode pagar um plano de saúde por exemplo, ele vai ter acesso a uma saúde integral, com mais recursos e qualidade. Se ele não tem condições de acessar um plano de saúde, ficará a mercê de uma saúde fragmentada e de menor qualidade.

Sendo assim, a revisão da PNAB seria uma quebra dos princípios do SUS. Morosini e Fonseca (2017, p. 2) acrescentam “o sistema público voltaria a atender os segmentos que transitam na periferia dessa dinâmica de mercado, num futuro sem SUS, construído por meio da PEC 55”, que se transformou em EC nº 95 e estabelece o congelamento por 20 anos dos gastos sociais do orçamento da União, e “suas ramificações nas contrarreformas realizadas nos diversos âmbitos das políticas sociais.”

Outros dois pontos apresentados no documento-síntese, segundo Morosini e Fonseca (2017) que se tornam preocupantes são a “carteira de serviços mínima para a Política Nacional de Atenção Básica” e a “indução de carteiras de serviço que atendam

às necessidades e especificidades locais”. Na primeira, temos o caráter clássico da APS seletiva, “vamos fazer o básico”, um básico que se traduz na focalização e restrição do serviço, e o segundo ponto a equidade que só é alcançada quando a universalização e a igualdade estiverem a frente.

Morosini e Fonseca (2017, p. 2) argumentam que a última iniciativa de revisão “parece pautar a retomada de “mínimos” em várias dimensões. Nesse cenário, contemplar as especificidades locais pode significar o reforço de desigualdades e a justificativa para tratamentos diferenciados, vínculos precários e “carteiras” variadas, estratificadas ou simplificadas de serviço.”.

Mais uma vez o cenário sobre a política de saúde se repete, a conjuntura política não é favorável às políticas sociais, com isso o cenário político, econômico e social fica tensionado e acaba por ceder lugar a políticas de cunho restrito e focalizado. O contexto atual é de desmonte do SUS, dando espaço para o setor privado lucrar com os planos de saúde, com as consultas e exames pagos e também por meio da inserção das OSS e OSCIPS na saúde pública.

### **1.5 Características importantes para a Atenção Primária à Saúde**

Algumas características são fundamentais para que a atenção básica por meio da APS possa oferecer a população uma assistência ampla, correspondendo a princípios expostos na conferência de Alma Ata. As principais características apresentadas por Starfield (2002) da atenção primária são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência e a coordenação, que a autora coloca como sendo relevante a integração.

O primeiro contato corresponde ao alcance que a APS tem para a incidência de uma nova demanda do indivíduo, considerando dois pilares, os elementos estruturais (qual a capacidade da unidade de receber novas demandas e para quantas pessoas é a cobertura da unidade) e os processuais (quais os horários de atendimento da unidade). (SOCORRO, 2013).

Ao longo do tempo é primordial para o bom funcionamento de todo o sistema de saúde e de atenção ao indivíduo, que a equipe de saúde possa segundo Starfield (2002, p. 45) “examinar mais pacientes “antigos” com problemas novos”. As unidades de atenção primária, portanto, deveriam ter um maior número de pacientes que a utilizam de forma contínua do que pacientes que a procuram pela primeira vez. Um ponto importante

apresentado pela atenção primária é o fato de a equipe de saúde ter maior interação com os indivíduos, conhecendo e reconhecendo as suas demandas ao longo do tempo.

A Longitudinalidade refere-se a um período longo em que a relação dos profissionais de saúde com os pacientes é estruturada e mantida. Um ponto importante a ser compreendido é que a autora não coloca continuidade e sim longitudinalidade.

Mesmo a primeira sendo importante, mas segundo Starfield (2002) a continuidade de atendimento não garante ao indivíduo que o atendimento ocorra sendo realizado sempre pelo mesmo profissional. Esse tipo de característica incluída a APS implica no indivíduo a sensação de pertencimento a aquela unidade de atendimento. O que configura uma atenção completa e abrangente, olhando para outros aspectos além dos clínicos e individuais.

A abrangência diz respeito a equipe de saúde ser capacitada para atender ao maior número de demandas que os indivíduos trazem, podendo ser ações de cunho preventivo e curativo que deem respostas rápidas e efetivas para o paciente. Se as questões podem ser solucionadas dentro da unidade de atendimento da APS ou na atenção secundária ou terciária por meio de encaminhamentos.

A coordenação abarca a capacidade da APS de articular com os outros níveis de atenção, garantindo que o indivíduo tenha o acesso necessário diante da demanda apresentada, a integração da equipe e das informações dos pacientes.

Socorro (2013) coloca que além desses atributos, existem outros que caracterizam a APS, sendo eles a centralidade na família, a orientação para a comunidade e a competência cultural.

A centralidade na família diz respeito ao contexto familiar que o indivíduo está incluído. Entendendo como esse meio caracteriza, é possível compreender por meio da análise das condições genéticas, sociais e culturais, o contexto familiar, chegando a um atendimento mais específico para cada núcleo familiar, lembrando que existem diversas formas de família e é necessário que o olhar da equipe consiga abordar a todas especificidades. (SOCORRO, 2013).

A orientação para a comunidade é inspirada na conferência de Alma-Ata e abrange a dimensão social do processo saúde-doença. Socorro (2013) ressalta que os problemas de saúde não são exclusividade do atendimento médico, a ocorrência de doenças envolve outros profissionais e áreas do conhecimento.

Por último, a competência cultural que é o reconhecimento das diferenças existentes entre a população de determinado lugar, levando em consideração

características culturais, sociais, de gênero, raça e etnia, o que reflete em conceitos diferenciados acerca do processo saúde-doença. (SOCORRO, 2013).

Para Starfield (2002), a saúde tem relação direta com os recursos que cada indivíduo dispõe. Portanto, se os níveis de recursos de determinada pessoa ou comunidade são altos, a sua condição de saúde será proporcionalmente alta, e se os recursos forem baixos ou escassos a condição de saúde daquele grupo tende a ser menor.

No Brasil, portanto, seguindo a reflexão de Starfield (2002), com as gritantes diferenças de acesso dos indivíduos em decorrência de sua classe social, o serviço de saúde para uma grande parcela da população brasileira é de baixíssima qualidade com o acesso restrito. A saúde ao ser especificada enquanto direito na CF/88 abre espaço para que a ampla classe de trabalhadores/as tenha acesso a uma saúde de melhor qualidade, mesmo que a disparidade da distribuição de riquezas seja alta.

A APS nos níveis de atendimento do sistema de saúde atua como a porta de entrada propiciando aos indivíduos um acompanhamento de saúde para as questões mais gerais e comuns, garantindo a prevenção à doenças, cura e a reabilitação. Quando há necessidade de outro nível de intervenção mais especializado, ela coordena e faz a integração para os outros níveis do sistema de saúde. (STARFIELD, 2002).

A APS, segundo Starfield (2002, p. 28), “organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.”. Tem a importante função de formar a base e estabelecer o que será encaminhado para atendimento nos outros níveis.

A APS deve priorizar as outras determinantes da saúde, como o meio no qual os indivíduos vivam e trabalhem. A partir do fornecimento de uma APS apropriada, ou seja, de acordo com as necessidades apresentadas por aquele âmbito e que garantam um atendimento contínuo no decorrer do tempo, isso pode provocar a diminuição das diferenças da condição de saúde entre indivíduos com menos ou mais acesso a recursos financeiros. (STARFIELD, 2002).

Perante todos os pontos apresentados, percebemos que a política de saúde mesmo diante os avanços obtidos com a luta da reforma sanitária e a implementação do SUS, ainda hoje é tratada como um campo de disputa de interesses privados, que culminam em uma constante luta política para que os direitos dos cidadãos sejam garantidos.

A APS em especial, não foi valorizada pelo governo Brasileiro durante muito tempo, até o momento em que é percebida como um instrumento extremamente importante para a manutenção da saúde da população, priorizando o acompanhamento

contínuo e de longo prazo dos pacientes, garantindo para além da manutenção da vida o melhor funcionamento da média e alta complexidade. No próximo capítulo entenderemos qual a importância do fundo público no processo de financiamento da política de saúde.

## Capítulo 2: O lento processo de financiamento da saúde pública

### 2.1 Estado, processo de acumulação de riqueza no capitalismo e Fundo Público

A discussão sobre o fundo público abarca o conflito existente entre o capital e o trabalho e a forma como o Estado se comporta diante de um campo que é ao mesmo tempo reprodução do capital, em que se valoriza os interesses que se dão no âmbito privado favorecendo frações da classe burguesa e por outro faz a manutenção das políticas sociais, tendo pressupostos coletivos e garantindo direitos a uma parcela mais significativa de cidadãos.

Segundo Mandel (1981), o capitalismo enquanto um modo de produção é marcado pelo mercado que se configurou de maneira difusa, fazendo com que todos os atributos característicos da vida econômica se tornassem comerciáveis.

Portanto, fundamentalmente o capitalismo em sua essência é um modo de produção que apresenta uma repartição da sociedade em dois planos<sup>8</sup> (MANDEL 1981), um que abarca uma pequena parcela do corpo social mas, que em contrapartida aloca os recursos que financiam os meios de produção para manter o capital ativo e, no outro âmbito a maior parcela da sociedade que fica a cargo de vender a sua força de trabalho para manter a sua subsistência e, posteriormente, por ela mantem o capital pôr meio da produção de mais valia<sup>9</sup>. O capital pode ser compreendido como um espaço que vincula dimensões históricas, concretas e abstratas. (SOUZA, 2015).

O fundo público se desenha dentro do capitalismo enquanto instrumento do Estado que se dá como um espaço de disputa política, social e econômica. O mesmo, se apropria “de parcela significativa da mais-valia com a finalidade de assegurar as condições de produção e as condições de reprodução capitalista.” (SALVADOR; TEIXERA, 2014, p. 16).

Quando falamos sobre a riqueza socialmente produzida temos que ter em mente que há um conflito, uma disputa entre as partes da sociedade, e que estas partes têm

---

<sup>8</sup>Paralelamente a essas duas divisões, a da burguesia e da classe trabalhadora, encontramos outras pequenas vertentes que segundo MANDEL (1981), tratariam: “porém, de classes que representam resquícios das sociedades pré-capitalistas, então classes típicas do próprio capitalismo.”

<sup>9</sup> Segundo Mandel (1981, p. 7) “A mais valia nasce no decurso do processo de produção; [...] preenche uma dupla função: conserva o valor do capital constante com o qual ela opera, ao incorporar parcelas deste valor em cada novo produto que fabrica; cria um valor novo, e este valor ultrapassa o do próprio salário do trabalhador. A mais-valia é a diferença entre o valor criado pela força de trabalho e o seu próprio valor.”

interesses opostos, que resultará, por exemplo, na configuração da distribuição da renda nacional. (SOUZA, 2015).

Portanto, intrínseco ao processo de produção de riquezas está o modo de distribuição da mesma que vai sendo acordada conforme o período político, social e econômico ao qual vivenciamos. Logo, para as políticas sociais a disputa dos recursos públicos se dá de forma mais acirrada em todos os momentos, especialmente quando o capital está em crise. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

Fazendo uma análise do comportamento que o Estado manifesta diante dos conflitos apresentados em seu interior, sabemos que este se configurou e se apresenta ainda em cada momento de forma diferenciada revelando-se em papéis distintos, que podem ser amplos ou restritos de acordo com a demanda da reprodução do capital. (OLIVEIRA, 2009).

Em consequência do liberalismo, que tem seus ideais alicerçadas no período do século XVIII, as funções do Estado se davam de forma restrita por receio que a sua ação pudesse diminuir a eficiência do sistema capitalista que se organizava livremente.

Em um primeiro momento conhecido como mercantilismo, o Estado já se apresenta sempre complacente ao capitalismo, proporcionando a estes condições pertinentes para a sua reprodução. Nesse período, os mercadores buscavam o lucro por um lado e o Estado o poder por outro, mas ambos devido a forma com a qual foi configurado a passagem da sociedade feudal para a capitalismo, sendo a economia o principal fator para que se viva bem, ambos buscavam aumentar suas riquezas para se fortalecerem e assim alcançarem a satisfação tanto de um, quanto do outro. (OLIVEIRA, 2009).

O Estado em questões políticas era absolutista<sup>10</sup>, e estava sempre a busca de aumentar o seu poder, saindo de provedor apenas da segurança pública e mantedor da ordem, para desenvolver tarefas que abarcavam diferentes âmbitos, como as questões acerca do trabalho. Lembrando sempre que as suas ações nesse período privilegiaram exclusivamente a um grupo específico, a burguesia recém-instaurada. O sistema capitalista vai ganhando mais impulso alicerçado a um Estado que tem força e que se configurou com caráter intervencionista e regulatório. (OLIVEIRA, 2009).

---

<sup>10</sup> Absolutismo período em que não há diferenciação entre o âmbito privado e o público e o poder são direcionados a uma única pessoa, sendo o governante o mesmo que o Estado, em geral o Monarca, que era a representação e efetivamente o Estado, tendo poder total sobre as decisões perante a sociedade.

As ideias absolutistas apresentadas, no período anterior, vão caindo “por terra” e dando lugar as bases da teoria econômica. Eis que surge a ideia que os bens poderiam ser guiados por leis naturais, e economistas clássicos como Smith aplicam essa lei para a economia capitalista, colocando que a liberdade é algo natural posteriormente quando assegurada garantiria que houvesse um equilíbrio também natural no âmbito econômico. (OLIVEIRA, 2009).

O mercado por sua vez, usufruiria da livre concorrência e seria regulado por mecanismos estabilizadores automáticos, supostamente naturais. Nesse sistema o mercado em tese não encontraria dificuldades para se desenvolver e crescer, não havendo crises do capital. (OLIVEIRA, 2009).

Diante a Lei de Say<sup>11</sup>, a produção não teria problemas para colocar os seus produtos em circulação no mercado e com a flexibilização dos valores, dos salários e das taxas de juros, simultaneamente ao fator da ausência do Estado, o mercado seria capaz de sanar qualquer desequilíbrio que houvesse na economia. Outro ponto, apresentado pela Lei de Say para a reprodução do capital era a taxa de lucro, que seria determinada pelos próprios produtores, diante a concorrência, para harmonizar os diferentes tipos de capital. (OLIVEIRA, 2009, p. 32).

Equivocadamente o pensamento liberal, do mercado concorrencial nesse período inferia que a liberdade, cujo cunho era de caráter individual, valorizando interesses estritamente pessoais, seria o ponto forte para que o mercado prosperasse e gerasse benefícios a toda população.

Mais tarde o Estado faz falta novamente para o processo de produção capitalista, por conta de o último não conseguir gerenciar todos os tipos de bens e serviços que são de interesse comum, por conta de se basear no individual e nos bens privados. Portanto, houve a necessidade de que um ator externo ao mercado (o Estado) ficasse responsável por financiar esses tipos de serviços, hoje conhecidos como bens públicos (iluminação das ruas por exemplo), a partir da cobrança de impostos. (OLIVEIRA, 2009).

Oliveira (2009) explica que o consumo de bens e serviços prestados pelo setor privado é regido pelo princípio da exclusão, nomeados de bens de consumo-rival, só quem os acessa são os indivíduos que tenham condições de pagar por eles.

Os bens e serviços públicos já seguem o princípio do consumo não-rival, em que as quantidades de pessoas que os consomem não oneram o consumo do restante da

---

<sup>11</sup>A Lei de Say disserta sobre o funcionamento do mercado e que diante a oferta a demanda será existente.

sociedade. Esse processo fez com que o mercado não tivesse condições de estabelecer valores para esses bens e serviços, e posteriormente alguém tinha que fazê-lo, ficando a cargo do Estado. (OLIVEIRA, 2009).

No século XVIII, com a Revolução Industrial, a pauperização abalou as estruturas do liberalismo, pois desmentiu a tese que a liberdade comercial, de produção e consumo traria a todos felicidade e benefícios. As consequências foram claras e bem visíveis, mulheres e crianças jogadas no mercado de trabalho em condições extremamente precárias.

Oliveira (2009) ressalta que o liberalismo condizia com a teoria da seleção natural por garantir a quem é rico mais riquezas e a quem é pobre a extrema pobreza, marginalizando-os. Sendo assim, o Estado se configurou enquanto instrumento para a classe dominante, privilegiando os seus interesses.

No final do século XIX, o capitalismo monopolista vai se instaurando, fazendo necessária a atuação do Estado de maneira mais ampla, por conta de o mercado não conseguir mais se colocar enquanto “hegemônico”, ressaltando as suas diferenças. O Estado fica responsável nesse momento para fazer políticas econômicas que mantenham a economia em boas condições. (OLIVEIRA, 2009).

A importância do Estado não se dava apenas pela organização econômica do capital em seus diferentes setores, era importante também porque o setor privado não apresentava interesse em gerenciar bens comuns, como coloca Oliveira (2009, p. 40) “não interessavam ao setor privado assumir, especialmente as que dizem respeito à infraestrutura econômica e ao capital social básico (as chamadas “externalidades” econômicas tão necessárias ao sistema)”. Mais tarde com a contrarreforma do Estado esse posicionamento se modificou, e o setor privado se tornou cada vez mais presente para os bens públicos, refletindo diretamente na maneira com a qual o orçamento público vai sendo alocado.

Para as políticas sociais isso vem sendo um grande problema, especialmente para a área da saúde. Mesmo com a efetivação do SUS, ela tem se tornado cada vez mais um espaço de disputa entre o campo público e privado. O que hoje na era de capital financeiro, por meio das OSs e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) é mais incidente, e o interesse do capital chega aos bens comuns da sociedade, por intermédio da privatização mascarada de solução para os problemas referentes à organização da máquina pública.

A partir de 1929, mais especificamente, com a crise do capital, como coloca Salvador (2015), o Estado assume o papel de regulador da economia e assume uma face também social. “A regulamentação da força de trabalho e da proteção social espelha a correlação de forças na sociedade e conta com a participação fundamental da intervenção do Estado.” (SALVADOR 2015, p. 64).

Esse Estado Social fica a cargo de manter aos cidadãos condições básicas de subsistência. Portanto, a materialização da seguridade social seria a garantia que esses indivíduos acessariam as condições básicas para manutenção da vida. (ARAGÃO, 2011).

Com o intuito de salvar o sistema capitalista da presente crise, John Maynard Keynes apresentou sua teoria de que as tarefas do Estado deveriam ser ampliadas inclusive para ações que causassem bem estar na sociedade, o que culminou em base teórica para o intervenção do Estado. No caso do Brasil e dos países subdesenvolvidos, especialmente os da América - Latina, o Keynesianismo chegou como base teórica para o desenvolvimentismo, o que podemos notar claramente na Primeira e segunda República no Brasil. (OLIVEIRA, 2009).

Um dos principais aspectos desse processo é a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, sendo pauta constante da luta do movimento operário, que foi obtendo respostas mais satisfatórias com esse Estado que passa a ser um pouco social, mas que não deixa de ser liberal.

Esse processo ocorreu no final do século XIX e início do século XX, em decorrência de alguns fatores, entre eles a amplitude que o movimento operário foi ganhando em termos políticos e a partir desse processo conquistando para a classe trabalhadora direitos políticos e sociais e as mudanças que ocorreram no modo de produção capitalista, que valoriza a monopolização do capital em detrimento do empreendedorismo individual. (SALVADOR, 2015).

A “função redistributiva” do Estado acontece justamente por conta de o mercado não ter competência de propiciar a distribuição da riqueza socialmente produzida de forma justa, causando o aumento da pobreza e da pauperização o que ricocheteia o mercado implicando na sua reprodução.

O Estado novamente se posiciona a favor do capital. Nessa intercorrência, o Estado ganha status de provedor de bens semipúblicos, como infere Oliveira (2009, p. 43), que podem ser chamados de bens meritórios, que tem características de consumo individual, que correspondem segundo o autor ao princípio da exclusão e de serem de consumo rival, ao qual os serviços de saúde correspondem.

Após a Segunda Guerra Mundial e com expansão do Estado enquanto provedor da proteção social, o fundo público vai sendo “o fundamento das políticas macroeconômicas, tornando-se um mecanismo-chave no processo de acumulação capitalista, assegurando, inclusive, a fortificação de uma política anticíclica, por meio do reforço da capacidade de financiamento das políticas sociais.” (MENDES 2014, p. 1185).

O período de hegemonia do keynesianismo é marcado por outras teorias baseadas no liberalismo que contrapõem o ponto da inserção do Estado na economia, e ainda enfatiza que a presença do Estado é ineficiente para o setor privado e afirmam que o Estado, a partir dos déficits primários adquiridos, é o precedente para as crises que ocorrem com o capital. (OLIVEIRA, 2009, p. 50).

Com o início da globalização e a terceira Revolução Industrial, era necessário que os países se abrissem economicamente para que todo o processo de um capitalismo globalizado ocorresse, com isso o Estado perde força visto que a intervenção dele nesse período não seria a mais favorável para o decurso do sistema capitalista.

Da Segunda Guerra Mundial até meados de 1970, o capitalismo teve seu período de estabilidade e crescimento, deixando essa época conhecida como “Anos Dourados”. Esse período proporcionou ascensão de forma geral das políticas sociais. Nessa época, o que se esperava do lado das empresas para os trabalhadores era um salário rentável e no inverso da relação um maior nível de produção, sendo uma produção baseada na cientificidade, devido a terceira revolução industrial. No campo social o fundo público é notório causando a esperança de políticas sociais de cunho universal. (MENDES 2014).

Sob a hegemonia de política neoliberais nos países capitalistas centrais, o Estado Brasileiro busca as ações políticas de retomar o Estado mínimo em suas ações para o campo social. Tentativas estas que em muitos momentos obtiveram sucesso, por meio da privatização de setores estatais, que estão ocorrendo de forma mais cotidiana.

No campo da saúde pública, no SUS, encontramos um exemplo claro da tentativa de redução da atuação do Estado, o sucateamento do SUS se faz presente cada vez mais. Com isso, além de beneficiar paralelamente<sup>12</sup> o setor privado de saúde, o Estado busca mecanismos para justificar que não consegue gerenciar este setor sozinho e para isso precisa da ajuda da iniciativa privada.

---

<sup>12</sup>A população se vê obrigada a buscar serviços de saúde privados, seja por meio de planos de saúde ou de atendimentos de saúde autônomos, por conta do SUS não ter recursos que sejam capazes de suprir a demanda.

Mesmo que o Estado, com o advento do neoliberalismo, proporcione o reconhecimento da necessidade de uma proteção social básica, há durante o seu percurso uma redução dos custos com as políticas sociais, principalmente em tempo de crise. (SANTOS 2011).

Em meio ao neoliberalismo, a redução de gastos sociais em tempos de crise do capital é colocada como ponto central para que se possa voltar a condições favoráveis a economia. O capital fetiche sobrepõe-se ao capital produtivo e a exploração sobre a classe trabalhadora se torna mais intensa. O Estado por sua vez posicionasse enquanto um ator político que garante a reprodução do capital, utilizando de formas repressivas ou integrativas. (SANTOS 2011).

O fundo público, portanto, ganha a partir dessa configuração um papel fundamental dentro do Estado, ele fica a cargo de manter a economia em condições satisfatórias por um lado, enquanto pelo outro fica responsável por financiar as políticas sociais, que posteriormente garantem também a manutenção do capital por meio do consumo. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014). Segundo Souza (2015, p.327) “principalmente em dois momentos fundamentais: na definição da tributação e na definição do gasto público.”.

O Fundo Público se materializa por meio “da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida” (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 16).” Parte do trabalho que excede é transformado em lucro que o Estado se apropriada por diversas formas e para infinitas utilidades. Na conjuntura do capitalismo contemporâneo, segundo Mendes (2014, p. 1183):

[...] sob a dominância financeira, os interesses do capital portador de juros intensificam-se nas disputas pelos recursos do fundo público brasileiro, forçando de modo específico o incremento das despesas com juros da dívida pública no orçamento federal. Nessas circunstâncias, em geral, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, utiliza o fundo público sob a apropriação de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro.

Esse ponto acima elencado, reforça o conservadorismo que se faz presente na configuração das políticas públicas desde o início da industrialização no Brasil, em que o campo social ganha contornos claramente restritivos e focalizados, mesmo quando há o princípio da universalização. Esse processo decorre por conta do Estado ser “parte constitutiva do capital”, que apresenta interesses particulares sobre este e que se porta

corriqueiramente “enquanto comitê gestor dos negócios da burguesia” (SANTOS 2011, p. 43) e, portanto, o fundo público como aponta Salvador (2015, p. 27) também padece dessa impressão:

No Brasil, o fundo público ganhou contornos restritivos, tanto pela ótica do financiamento como pela dos gastos sociais, muito aquém das já limitadas conquistas da socialdemocracia ocorrida nos países desenvolvidos. Até mesmo as “reformas” realizadas por dentro do capitalismo central não lograram o mesmo êxito em nosso país, uma vez que a estruturação das políticas sociais foi marcada por componentes conservadores, que obstaculizaram avanços mais expressivos nos direitos da cidadania.

Percebemos que no Brasil a economia perpassa por caminhos mais tardios que nos países desenvolvidos, sendo que na primeira República o Estado se dá com características do “liberalismo à brasileira”, com uma economia agroexportadora, em que os interesses do setor cafeeiro (hegemônico) eram prioritários.

Na segunda República, o país tem uma política desenvolvimentista, em que a industrialização é ponto focal e com isso há uma grande intervenção do Estado na Economia. Oliveira (2009, p. 78) coloca que o Estado usa do mecanismo de financiamento para as “empresas públicas, fundos vinculados, déficits e dívida”, e que nesse período há “avanços e consolidação de suas bases materiais e institucionais.”.

No período da Ditadura Civil-Militar, o Estado promove reformas que abrangem todos os âmbitos, com o intuito de ampliar o financiamento e a eficiência do Estado, nesse período o Estado intervém com mais precisão sobre a economia.

Na década de 1990, com a globalização e com a crescente ideologia neoliberal, o Estado reduz a sua ação na economia, reduzindo-a e passando algumas de suas responsabilidades para o setor privado, tendo uma onda de privatização, as políticas sociais por sua vez desmanteladas e sucateadas, tornando-se focalizadas e restritas. O interesse maior é, supostamente, redução da dívida externa e o ajuste fiscal. (OLIVEIRA, 2009).

## **2.2 Orçamento público e financiamento das políticas sociais em tempo de crise do capital**

Como parte do fundo público, o orçamento público é uma peça de cunho político além de econômico, que vai se desenhando de acordo com as correlações de forças políticas postas. A peça orçamentária também se torna objeto da luta dos movimentos sociais e das classes sociais, porque ela é o espaço onde estão postos as receitas e os gastos que estão sob administração do Estado. É nesse âmbito que são traçadas as decisões em cada exercício sobre os gastos públicos e o que será financiado pelo Governo. Tendo determinações históricas e múltiplos interesses. Oliveira (2009, p. 83) expressa que “para as finanças públicas, o orçamento constitui, *stricto sensu*, a peça mediante a qual se administram as receitas, as despesas e a dívida dos poderes públicos.”

O orçamento com as suas determinações históricas e diante das mudanças que ocorreram no decorrer do tempo, no século XX passa a ser responsável por parte importante da riqueza socialmente produzida e efetivamente começa a ser incorporado nas atividades de planejamento.

É nesse momento que se desenvolve as escolhas orçamentárias e, conseqüentemente, a distribuição da riqueza socialmente produzida. E por esse movimento percebe-se quais são as preocupações e interesses do Estado para com a sociedade. Revelando a partir de seus gastos e receitas, como aponta Oliveira (2009, p. 87), “sobre quais classes recai o maior ou menor ônus e quem mais se beneficia com os seus gastos”.

A classe dominante no estado brasileiro em inúmeros momentos foi quem mais se beneficiou com a divisão orçamentária e posteriormente a quem se destinou uma grande parcelada da distribuição da riqueza socialmente produzida. Oliveira infere:

De uma arena de controle sobre o montante de receitas cobradas para seu sustento, por meio de registros contábeis de suas contas, este se transformou em importante arena de negociação, na qual se decide como distribuirá o ônus da tributação entre os membros da sociedade e quem ou quais setores se beneficiarão com sua destinação/uso, em função das prioridades públicas estabelecidas como resultado dos embates que travam entre as forças políticas representadas nos Poderes executivos, Legislativo no processo de programas governamentais. (OLIVEIRA, 2009, p. 87).

Para a construção de uma “cidadania plena” a Constituição Federal de 1988 foi a princípio um largo passo na estruturação de uma nova ordem social, que garantisse direitos sociais mais amplos para uma significativa parcela da população. Santos (2011) aponta que a “universalização dos direitos sociais, pluralidade nas fontes de financiamento da Seguridade Social e gestão democrática na destinação dos recursos

públicos, debitou-se à superestrutura legal e política do Estado um papel primordial na condução de uma possível transformação social.” (SANTOS 2011, p. 41)

Infelizmente muitos dos direitos prescritos juridicamente após a efetivação da Carta Magna de 1988 não foram implementados de forma a materializar a seguridade social como um todo, como apresenta Santos. O que ficou claro após a CF/88 foi que as políticas sociais eram um ótimo campo para o mercado. “A utilização de parte significativa da receita pública para pagamento de encargos da dívida interna e externa e a “passivação” dos trabalhadores no direcionamento dos gastos sociais, que tornam-se cada vez mais seletivos e concentrados em programas focalizados.” (SANTOS, 2011, p. 42).

Santos (2011, p. 47) coloca que diante de um “fundo público burguês, que a partir de políticas tributárias regressivas, quanto pela Desvinculação de Recursos da União (DRU)” se torna difícil manter a estrutura original de financiamento e o orçamento da Seguridade Social por meio do fundo público, a partir de uma desvinculação dos recursos da proteção social para outros fins. Para Mendes (2014, p. 1184):

Nessa perspectiva, a esse movimento de apropriação não escapam os recursos das políticas sociais de direitos, especialmente os da seguridade social no país, uma vez que compõem um fundo público específico de recursos federais, conforme a Constituição de 1988 e o Orçamento da Seguridade Social (OSS). O mecanismo típico dessa apropriação ficou conhecido como Desvinculação das Receitas da União (DRU), criado em 1994, sob outro nome, e que segue em vigor até 2015; ele retira 20% dos recursos desse orçamento para proporcionar a manutenção do superávit primário, assegurando o pagamento dos juros da dívida pública.

Para o Estado Brasileiro a expressão do fundo público foi em um todo restringida, gerando no padrão capitalista contemporâneo a acumulação de renda para uma pequena parcela da população Brasileira. (MENDES, 2014).

Em relação a manutenção das políticas sociais, a maior característica que dificulta o financiamento é o fato do capitalismo contemporâneo ser acometido pela financeirização, que ocorre por conta do capital portador de juros ou capital financeiro, fazendo do fundo público um âmbito de apropriação cada vez maior de recursos para a reprodução do capital, que fragilizam a capacidade do Estado de manter a proteção social. (MENDES, 2014).

O fundo público foi desde a sua origem um elemento de cunho político, a sua expressão mais visível é o orçamento público “ele serve para orientar as negociações

sobre quotas de sacrifício sobre os membros da sociedade no tocante ao financiamento do Estado e é utilizado como instrumento de controle e direcionamento dos gastos” (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p.17)

Esses gastos orçamentários determinam qual vai ser o direcionamento e a maneira com a qual o Governo irá tomar suas decisões acerca das pautas de políticas públicas. O processo pelo qual o orçamento passa é o reflexo do cenário político da sociedade e demonstra por intermédio dele quais são os interesses do governo à medida que ele tem a capacidade de “cumprir determinado programa de governo ou viabilizar objetivos macroeconômicos.” (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 17).

Outro ponto importante em relação ao fundo público é o financiamento das políticas sociais por meio do orçamento público. Esse processo ocorre para além da arrecadação de tributos, também a entrada de recursos financeiros aos cofres públicos (por exemplo: operações de crédito, alienação de bens, amortizações de empréstimo), que ampliam os recursos financeiros do fundo público. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 21).

Há, portanto, segundo Salvador e Teixeira (2014, p. 21), dois campos de receitas fiscais que implicam diretamente no fundo público sendo elas: “Receitas correntes - tributária; de contribuições; patrimonial; agropecuária; industrial; de serviços e outras; e Receitas de capital oriundas da constituição de dívidas; da amortização de empréstimos; da conversão em espécie, de bens e direitos; e do superávit do orçamento corrente e outras.” O financiamento das políticas sociais pode ser analisado pelos seguintes pontos:

a) a tributária, que permite verificar o caráter progressivo ou regressivo das fontes de financiamento da política social, ponto fundamental para averiguar se os tributos (impostos, taxas e contribuições) indicam de fato uma redistribuição de renda e uma maior justiça fiscal; b) a financeira, cuja análise da gestão financeira dos recursos permite o estudo das decisões no campo político-administrativo da política, da descentralização e das relações federativas no financiamento dos gastos sociais, assim como o controle democrático do orçamento; e c) a do financiamento indireto da política social, que por meio da análise das renúncias tributárias, pode identificar a transferência indireta e extra orçamentária de recursos para o setor privado da economia. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 22)

Para compreender o processo de financiamento das políticas sociais é preciso interpretar o sistema tributário, que em nossa realidade é uma forma de acumulação de riquezas para a classe burguesa. Os tributos no Brasil recaem sobre a classe trabalhadora, onerando os mais pobres. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014).

Existem três modos de arrecadação de tributos quando correlacionados com a renda, podendo ser: regressivo, que em geral sabrecai na camada mais pobre da população e ocorre quando a cobrança do tributo tem uma relação inversa com a renda de quem está contribuindo; progressivo: quanto mais elevada a renda, proporcionalmente se paga mais tributo; e proporcional: o tributo não aumenta com as modificações da receita, mantendo a mesma proporcionalmente. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 22).

A análise seguindo o argumento dos autores citados acima deve ser realizada “acerca da incidência econômica dos tributos, que são: a renda, a propriedade, a produção, a circulação e o consumo de bens e serviços”. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014, p. 22). Esses tributos por sua vez são apresentados de forma direta, que recaem sobre o rendimento mensal e o patrimônio dos indivíduos e que estariam mais ligados a forma progressiva do tributo. E os indiretos que ficam a cargo da cobrança realizada acerca da produção de bens e serviços e do consumo. (SALVADOR; TEIXEIRA 2014).

### **2.3 Financiamento da Política de Saúde após a Constituição Federal de 1988**

Com a institucionalização do SUS, enquanto um sistema universal de saúde e de responsabilidade do Estado, o Brasil criou a sua maior política social e em tese chegou próximo aos sistemas semelhantes ofertados em países desenvolvidos, como a Inglaterra. (MENDES; MARQUES, 2012).

Historicamente o financiamento da área da saúde no Estado Brasileiro foi amplamente realizado por meio de recursos federais, a década de 1980-1990, 77% dos gastos com a saúde foram oriundos do governo federal. (MENDES; MARQUES, 2014).

Até 1988, a porcentagem do financiamento da saúde era dividida entre o MS, que participava com apenas 20%, e com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que eram responsáveis pelos outros 80%.

Essa divisão dos recursos para Piola et al (2013) implicava em como se davam os serviços de saúde pública, e posteriormente se fazia necessário, mas um desafio, que houvesse o redirecionamento dos recursos sendo alocados diretamente no MS, para que a expansão dos serviços de saúde pública ocorresse.

O SUS sempre apresentou embates por recursos financeiros com as outras áreas da Seguridade Social, que também buscavam garantir os seus orçamentos nos gastos públicos. Segundo Mendes e Marques (2012), esses conflitos ocorreram em decorrência do capital portador de juros na tentativa de criar uma conformidade para que a atuação do

mercado predominasse nas políticas sociais e nas políticas macroeconômicas, que eram direcionadas por metas de inflação e dívidas públicas restritas e/ou de superávits primários. Esses últimos pontos forçaram para que o Estado reduzisse a sua atuação no financiamento das políticas sociais. (MENDES; MARQUES, 2012).

Para a saúde, as décadas seguintes a CF/88 foram marcadas por dois pontos: da construção da universalidade, na tentativa de garantir o direito à cidadania, por meio da defesa de recursos seguros para financiar a saúde, e, o da contenção de gastos, por meio de um Estado mínimo. (MENDES; MARQUES, 2012).

A CF/88 colocou que a seguridade social seria financiada por recursos originários dos entes federados, além das contribuições sociais. No âmbito do governo federal, os recursos para a saúde deveriam ainda contar com 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS, fora o seguro desemprego, que estava descrito no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. Esse processo ocorreria até que fosse definido o orçamento para a saúde por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO. (PIOLA et al, 2013).

O período da implantação da CF/88 se deu em meio um período econômico de inflação e restrições, com isso os recursos da seguridade social, os 30%, nunca foram assegurados. Em 1994, medidas de ajuste fiscal se tornaram imprescindíveis para o governo que instituiu o Fundo Social de Emergência (FSE), hoje conhecido como DRU, que retira recursos da seguridade social. (PIOLA et al, 2013).

Salvador (2017) destaca que a DRU é um mecanismo para retirar recursos exclusivamente da seguridade social, e que desde 2000, se mantêm com consecutivas prorrogações. Recentemente por intermédio da EC nº 93, de 8 setembro de 2016, a DRU sofreu alteração, sendo adiada até o final de 2023 e retirando agora até 30% dos recursos (com efeitos retroativas a janeiro de 2016) da seguridade social para outros fins.

Sobre esse ponto é ressaltado a gravidade da falta de responsabilidade e interesse sobre o financiamento da saúde. Salvador (2009) aponta que entre 2000 e 2007 foram transferidos para o orçamento fiscal o montante de R\$ 279 bilhões que eram para pertencer a seguridade social. O valor repassado seria equivalente ao orçamento destinado a saúde por um período de cinco anos. O autor ressalta ainda que, por conta da DRU os recursos que eram para ser da seguridade social, se tornam parte expressiva na formação do superávit primário, sendo mais da metade (63%) oriundos de recursos federais no referido período.

Fleury (2009) destaca que foram muitas as perdas no financiamento da saúde pela falta de cumprimento da destinação de recursos previstos na CF/88, como: a falta da criação do orçamento da seguridade social. A autora coloca que esse processo de desregulamentação do financiamento e de uma fonte segura para fazê-lo, junto com o princípio de universalização do acesso, culminou na insuficiência dos serviços ofertados na área da saúde.

Em 1996 o financiamento da saúde estava “em crise”, e a solução que o governo deu para a arrecadação de recursos foi a criação de mais um tributo, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), aprovada pela Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996.

O valor que viesse dessa contribuição era para ser arrecadado integralmente para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), segundo o artigo 18, da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996. A princípio no ano de implementação o percentual sobre as movimentações financeiras foi de 0,20% e em 2002 de 0,38%. (PIOLA et al, 2013).

Sobre esses dados Piola et al (2013) acrescenta que os recursos provenientes da CPMF em um primeiro momento garantiram que os recursos se mantivessem, mas posteriormente na análise do período provisório da CPMF, chegou-se a constatação que não houve ampliação dos recursos para o financiamento. Um ano após a sua criação, a CPMF correspondia a 27,9% dos recursos do MS, chegando a 30% durante os anos de 1997 e 2007, período em que vigorava.

Devido à divisão de recursos o governo tentou manter o vínculo dos repasses financeiros para o SUS e, em 2000, foi criada a EC nº 29, que estabelece o financiamento em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) do SUS por meio dos entes federados, tentando manter o orçamento da saúde mais estável.

A EC nº 29 promoveu o aumento de recursos e implicou na maior atuação dos estados, do DF e dos municípios no financiamento do SUS. (PIOLA et al, 2013). Com a perda da CPMF e sem a regulamentação da EC nº 29, a área da saúde perdeu um valor aproximado a R\$ 16 bilhões do seu orçamento, segundo Fleury (2009).

Anterior a implementação da EC nº 29, houve em 1993 uma proposta, a PEC nº 169A/1993 que previa a vinculação de recursos com base na receita de impostos. Nessa proposta, os estados e municípios contribuiriam com 10% da receita de cada um e a União com 30% dos recursos da seguridade social e mais 10% proveniente da receita de impostos. O que efetivamente não ocorreu anos após com a aprovação da EC nº 29. (PIOLA et al, 2013).

Após um teto, a EC nº 29/2000 foi regulamentada pela Lei Complementar (LC) nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Na LC nº 141, a União deveria aplicar não menos que 15% da receita corrente líquida do ano em exercício, seguindo o que garante o artigo 198 da CF/88, tendo sua progressão gradual, chegando aos 15% apenas em 2020 segundo estimativa do CONASEMS (2015). Os municípios e o DF, deveriam aplicar por ano o mínimo de 15% da arrecadação de impostos, enquanto os estados teriam o mínimo de aplicação em 12%. (CONASEMS,2015).

A regulamentação não ampliou o financiamento da saúde, mas colaborou para apresentar um instrumento que sancionasse dúvidas referentes ao que corresponderia as ações e serviços públicos de saúde. Outro ponto era a definição de como ocorreria o pagamento dos restos a pagar, que se referia a parcela dos recursos empenhados que entravam para serem cumpridos nos anos posteriores, mas que podiam ter a sua execução cancelada e o recurso perdido. A LC garantiu também que o ente federado que não cumprisse o valor mínimo de recurso previamente instituído, colocando que deverá fazê-lo no ano subsequente. (PIOLA et al, 2013).

Para Mendes (2017) alguns aspectos fazem com que o Estado Brasileiro subfinancie o SUS, sendo esses:

- O processo de transferência de recursos públicos para a gestão privada, por intermédio das OSSs, movimento cada vez mais utilizado. Processo que é garantido na Lei de Responsabilidade Fiscal, que possibilita que os gastos com pessoal se mantenham e não aumente, que as renúncias fiscais cresçam por meio da dedução no imposto de renda dos gastos com a saúde privada e a concessão fiscal a grupos privados e a indústria farmacêutica.
- A permissão de capital estrangeiro para a saúde por intermédio da lei 13.097/2015.
- A instauração da EC 86/2015 que diminuiu o financiamento do SUS.
- A aprovação da EC 95/2016, que acaba com a vinculação de recursos para a área da saúde e congela os gastos públicos por 20 anos, aniquilando a saúde, na medida em que não limita os juros e outras despesas financeiras.

No período que a emenda começou a vigorar, o governo Federal respondia por mais da metade dos recursos. Já com o passar dos anos, a sua contribuição foi reduzindo, cerca de 16%, enquanto os recursos provenientes dos estados e municípios, no período de

2000 a 2011, aumentaram cerca de 7,2% no que diz respeito aos estados e 7,9% para os recursos vindos dos municípios, conforme Piola et al (2013).

Esse processo se apresentou bem positivo por demonstrar a tentativa de garantir que o princípio da descentralização fosse cumprido. Efetivamente a ampliação da participação dos entes federados no financiamento do SUS ocorreu com exceção da União, mas tendo em vista também que a arrecadação tributária está concentrada no governo federal.

Tabela 3 - Gasto com ações e serviços públicos em saúde - ASPS:  
total e por esfera de governo (2000-2011)

<b>Ano</b>	<b>Federal</b>	<b>(%)</b>	<b>Estadual</b>	<b>(%)</b>	<b>Municipal</b>	<b>(%)</b>	<b>Total</b>	<b>(%)</b>
<b>2000</b>	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
<b>2001</b>	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
<b>2002</b>	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
<b>2003</b>	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
<b>2004</b>	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
<b>2005</b>	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
<b>2006</b>	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
<b>2007</b>	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
<b>2008</b>	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
<b>2009</b>	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
<b>2010</b>	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
<b>2011</b>	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

Fonte: Piola et al (2013).  
Elaboração: Própria.

Os dados da tabela 3 demonstram um aumento significativo com a implementação da EC nº 29. Contudo, quando ao comparar o gasto da saúde com o Produto Interno Bruto (PIB), a configuração se diferencia. Este gasto com a saúde não passou de 3,8% do total do PIB, em 2009 como afirma Piola et al (2013, p. 15).

No período de 12 anos, houve um aumento de apenas 1% no gasto público dos entes federados, a partir do PIB com a saúde “observa-se que essa participação aumentou em 1 ponto percentual (p.p.) entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%)”. (PIOLA, 2013).

Outro ponto importante na análise de Piola et al (2013) é o fato de, além do aumento ser mínimo, ele veio por parte dos recursos dos municípios e dos estados e não

da União, que manteve os seus recursos estagnados. “Nesse período, o gasto federal em ações e serviços públicos em saúde correspondeu a 1,73% do PIB em 2000 e 1,75% do PIB em 2011, o gasto estadual correspondeu a 0,54% do PIB em 2000 e 1% em 2011 e o municipal a 0,6% do PIB em 2000 e 1,16% em 2011.” (PIOLA, 2013, p. 15).

Fleury (2009) coloca que o gasto público dos entes federados entre 1995-2007 teve um aumento de apenas 0,62% do PIB, indo de 3,01 em 1995 para 3,63% em 2007, sendo que em outros países com sistema de saúde semelhante ao SUS o gasto ficou em torno de mais de 6%.

Segundo o IBGE (2008, p. 218), CTB “é a carga tributária bruta Quociente entre o somatório das arrecadações de impostos, taxas e contribuições e o produto interno bruto.” A CTB é que dimensiona o empenho da população, por intermédio do pagamento de impostos, taxas e contribuições sociais, para o financiamento das políticas públicas.

Sendo, a CTB, composta apenas de recursos provenientes de cada ente federativo excluindo da contabilização de receitas correntes, exemplo os recursos que são repassadas de um ente federado para outro. Já a Receita Corrente Bruta (RCB) contabiliza todos os recursos. Ambos indicadores, mesmo tendo aspectos diferenciados, demonstraram que no período analisado por Piola et al (2013), de 2000 a 2011, a política de saúde não alcançou 4% do PIB.

A descentralização de recursos é um ponto importante a ser elencado, ela foi instituída pela CF/88 e reafirmada com as NOBs, nº 01/1993 e 01/1996. A partir dela o MS repassa a verba para os estados e municípios aplicarem, de acordo com as suas demandas.

Em 2000, com a implementação da NOAS/2001, que almejava que os Estados obtivessem uma participação mais significativa na gestão da saúde pública, as transferências de recursos para os Estados e o DF ampliaram-se e a partir da descentralização de recursos o MS, segundo Piola (2013), promoveu-se a implantação de algumas políticas de saúde em especial do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que estabelecia um mínimo de 15% a serem aplicados nos municípios para a garantia da atenção básica.

Esta, por sua vez, com o objetivo de ser a porta de entrada do SUS, isto é o primeiro nível de atendimento e, a partir dela, realizar os encaminhamentos de acordo com as necessidades dos pacientes para a média e alta complexidade, e posteriormente, reencaminhados para a atenção básica para acompanhamento ao longo da vida.

Além de estar inserido na atenção básica, as ações de prevenção e promoção da saúde, que em conformidade com os outros níveis de assistência, implementam e preservam o princípio da integralidade. Esse novo modelo de atenção à saúde trouxe novos recortes na distribuição de recursos federais para estados e municípios e a atenção básica começou a ter um aumento em seu financiamento.

Em 1995 eram destinados para atenção básica a partir do MS, 9,7% dos recursos, e em 2010, ultrapassou-se os 15%. Outro ponto apresentado é a localização dos recursos do PAB-variável e do PAB-fixo<sup>13</sup>. O PAB-fixo correspondia a cerca de 9% dos recursos provenientes do MS. Em 2010, o valor do PAB-fixo passou para cerca de 5%. O PAB-variável teve aumento de 1% para 9% dos recursos do governo federal. (PIOLA et al, 2013).

No processo de discussão sobre as responsabilidades e competências de cada ente federado, ocorreu a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, que apresentou três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão (IPEA, 2007), que resultou nos blocos de financiamento sendo estes atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão. (PIOLA et al, 2013)

A pretensão do Estado ao organizar as transferências de recursos por blocos de financiamento era que fosse reduzido as transferências por ações específicas de saúde. Isso culminaria na autonomia dos estados e municípios na atribuição dos recursos para as ações e programas de cada bloco, conforme julgamento interno. (PIOLA et al, 2013).

Mais recentemente, no ano de 2016, a EC 95/2016 foi criada. A saúde por sua vez foi incluída nessa EC, que vai acentuar ainda mais a desestruturação do SUS e a privatização da saúde pública. Para Mendes:

Essa EC 95 revogou o escalonamento previsto na EC 86, passando a incidir o teto para a saúde, em 2017, 15% da RCL. Mesmo assim, os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. Num cenário retrospectivo, entre 2003 a 2015, essa perda seria R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1. (MENDES, 2017, p. 5).

---

<sup>13</sup>Piso de Atenção Básica (PAB)-variável (voltado para as estratégias da atenção básica à saúde) e o PAB-fixo (recursos per capita para financiamento de toda a atenção básica, inclusive aquelas ações que não estão diretamente relacionadas ao PSF). (PIOLA, 2013, p. 27)

Até o ano de 2017, o repasse federal e a aplicação por estados e municípios eram destinados para 10 ações, que correspondiam a 95% do orçamento federal, sendo elas o PAB Variável, o PAB fixo, Saúde bucal – CEO, Média e Alta Complexidade (MAC), Samu 192, Componente básico assistência farmacêutica, Componente especializado assistência farmacêutica, Incentivo DST/AIDS e Hepatites virais, Incentivo vigilância sanitária e Incentivo vigilância em saúde, tendo cinco blocos de custeio e a partir desses blocos as vinculações para o uso dos recursos.

Em 2018, o repasse de recursos muda de configuração, por meio da Portaria nº 3.992 de 28/12/2017, que alterada a Portaria nº6/GM/MS de 28/07/2017, abrangendo a Portaria nº 204/2007, que dispõe sobre os blocos de financiamento da saúde e a vinculação específica de cada bloco de custeio com uma conta.

A portaria nº 3.992 faz alterações no financiamento e nas transferências de recursos federais do SUS, apresentando duas principais mudanças, sendo a primeira a transferência orçamentária, que será realizada para dois blocos ao invés de cinco, sendo eles: o bloco de custeio e o bloco de investimento.

As ações reduziram-se de 10 para 6, mantendo-se a Atenção básica, MAC, Assistência farmacêutica para municípios, Assistência Farmacêutica para Estados, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde. Outra mudança também significativa é a junção dos blocos de financiamento para receberem por meio de uma conta única, apresentando os grupos de ações no interior do bloco de custeio.

A mudança propõe que os recursos sejam empregados conforme características de cada estado, município levando em consideração a dimensão epidemiológica, demográfica e socioeconômica.

## **2.4 Setor privado de saúde: financiamento público**

O financiamento público é um espaço em que o setor público e o privado coexistem. A saúde pública é responsabilidade do Estado e é ele quem financia diretamente os serviços e ações do SUS. Contudo o Estado, não somente financia a saúde pública, como também a privada, por meio de renúncias fiscais<sup>14</sup>, da falta de

---

<sup>14</sup> Segundo Piola et al (2013, p. 22) “As renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos.”

ressarcimento dos planos de saúde para o SUS e outros dispositivos que favorecem o setor privado.

Nos países com menor índice de distribuição de riquezas, em que há um percentual de pobreza maior, os gastos com a saúde privada, ocorrem mais que nos países em que os indivíduos apresentam uma renda alta.

No Brasil, existem diversas formas de se ter acesso ao campo da saúde, contudo a pluralidade de acesso, de modalidade de atenção e também de financiamento não é comum a todos os cidadãos. Piola *et al* (2013, p. 20) colocam que as principais formas de acesso no Brasil se dão em cinco vertentes:

- SUS, que se configura de forma gratuita e universal tendo como fonte de financiamento exclusiva os recursos públicos, que provêm de fontes de arrecadação dos entes federativos em forma de imposto e contribuições sociais.
- Os planos de saúde privados, pagos previamente, e que uma parcela específica da população tem acesso. Em setembro de 2017, o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era de 24,5%, tendo 773 operadoras médico-hospitalares e mais 295 operadoras exclusivamente odontológicas, totalizando 1068, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- A atenção à saúde para os servidores públicos, civis e militares e seus dependentes (que tem hospitais militares exclusivos), sendo de acesso restrito a esse público e com financiamento compartilhado entre recursos públicos e recursos dos beneficiários, atendidos geralmente na rede privada.
- Serviços de saúde particulares, em que a população acessa mediante pagamento na ocasião.
- Serviços de saúde no Sistema “S”

Esse processo de pluralidade de atenção à saúde incide em um subfinanciamento da saúde pública, do SUS, porque há um excesso de incentivos vindos do Estado para a saúde privada, em que a saúde se dá claramente enquanto uma mercadoria muito lucrativa. Segundo Piola *et al* (2013, p.21):

O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público.

Os subsídios públicos que são direcionados ao setor privado em forma de renúncias fiscais oneram a saúde pública, Pessoas Físicas (PF) e Pessoas Jurídicas (PJ), tem o direito de deduzir dos seus impostos gastos com a saúde privada. Por exemplo “A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2013 uma renúncia de arrecadação federal de quase R\$ 21 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde.” (PIOLA et al, 2013, p. 22).

Esse valor, citado anteriormente, poderia ser direcionado ao SUS para que o financiamento da saúde pública ocorresse de forma mais concisa, aparando à toda população brasileira, que segundo dados do IBGE são cerca de 208 milhões de pessoas na presente data.

Uma comparação que Piola et al (2013) faz acerca dos pisos de financiamento da Atenção Básica se faz importante, os autores colocam que os descontos concedidos ao Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) é maior que os recursos direcionados para AB:

O gasto tributário via Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) foi superior em quase R\$1,9 bilhão ao gasto em 2010 com o Piso da Atenção Básica Variável, que financia a estratégia Saúde da Família e foi de aproximadamente R\$ 5,9 bilhões, e em mais de R\$ 4 bilhões ao gasto com o Piso de Atenção Básica Fixo, que foi de R\$ 3,7 bilhões. (PIOLA et al 2013, p. 23)

A saúde privada é beneficiada a todo momento no Brasil por diferentes meios, como foi demonstrado, um deles é o processo de renúncia fiscal, o outro é a garantia da participação do setor privado no SUS como complementar. Por fim destaca-se a falta de ressarcimento dos planos de saúde para o SUS, conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

No próximo capítulo analisaremos o orçamento da AB no DF, buscando identificar se no período de 2015-2017, o GDF tem realizado a promoção da saúde pública, garantindo o direito de acesso universal, integral e equânime para a população do DF.

## Capítulo 3- Orçamento da Atenção básica em saúde no Distrito Federal

### 3.1 Governo Rollemberg, caracterização territorial e socioeconômica do Distrito Federal

A análise orçamentária acerca da Atenção Básica em saúde no DF será realizada no período do Governo de Rodrigo Sobral Rollemberg, que tem vigência de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2018. Para isso partiremos da discussão sobre o partido ao qual o Governador é filiado e se elegeu e, posteriormente, trataremos sobre o seu Plano de governo intitulado: *Cidade, Cidadão, Cidadania Programa de Governo*.

O Governador Rollemberg é filiado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB)<sup>15</sup>, que surgiu no final da década de 1940, sob o lema “Socialismo e Liberdade”, se definindo enquanto um partido de esquerda democrática com o objetivo de defender reformas estruturais, ampliação dos direitos dos trabalhadores, a garantia da educação e da saúde.

No período da Ditadura Militar o partido foi extinto a partir da instituição do Ato Institucional Nº 2 – (AI2). Com a redemocratização do País, em 1985, é novamente instituído seguindo o antigo caráter socialista e democrático, reafirmando seu posicionamento enquanto partido de esquerda. Em 1993, o partido é convidado para atuar mais notoriamente na área da saúde por intermédio de Jamil Haddad, que afirmou ter priorizado a implementação do SUS, por meio da recuperação de hospitais e a criação do programa de medicamentos genéricos.

O programa de governo<sup>16</sup> do Rollemberg foi elaborado pela coligação *Somos todos Brasília*, que inclui os seguintes partidos: Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Democrático Trabalhista (PDT), Partido Social Democrático (PSD), Partido Solidariedade (PS) e Rede Sustentabilidade (REDE). Na apresentação do programa é colocada a responsabilidade que o Estado tem para com os seus cidadãos, *no sentido de servir a sociedade promovendo o bem coletivo*, e a responsabilidade que os últimos têm para com o Estado, *contribuindo para o bom funcionamento do Estado*.

É apresentado também que a sua elaboração foi realizada por meio de seminários regionais e temáticos, que se utilizou da presença e opinião de especialistas, acadêmicos, militantes e da população como um todo, chegando a uma organização do programa de

---

<sup>15</sup> Informações referentes ao site do PSB: <http://www.psb40.org.br/quem-somos/nossa-historia-2/>

<sup>16</sup> Disponível em: <http://www.rollemberg.com.br/planogoverno/planogoverno.pdf> – p. 53-59.

governo estruturado em três princípios fundamentais, com 12 áreas temáticas e três eixos programáticos.

No que concerne a área da saúde, o governador segue as diretrizes do PSB e prioriza em tese no seu programa de governo a saúde, em especial a Atenção Básica que é por onde o governador inicia seu posicionamento acerca da saúde pública, argumentando que a população está acessando o SUS por meio dos prontos-socorros, dos hospitais, e que está não seria a porta de entrada correta para o SUS, gerando um alto fluxo de indivíduos que propiciam filas grandes e demora no atendimento.

O governador Rollemberg identifica que a cobertura do PSF é baixa e que isso interfere na consistência da AB. Além desse ponto, é colocado que esse nível de atenção não apresenta uma resolutividade satisfatória, o que implica na referência da média complexidade para solução das demandas de saúde que poderiam ser resolvidas na AB.

No plano de governo ainda são destacadas a atenção terciária e quaternária, sendo exemplificado por meio da falta de prestação de atendimento a pacientes da oncologia e sua reabilitação e, por fim, que a saúde mental teria que ser reestruturada.

Sendo assim foram colocados como objetivo do Governo Rollemberg, entre outros pontos:

- Modernizar a gestão, de modo a torná-la mais descentralizada e eficiente, inclusive do ponto de vista financeiro, definindo metas específicas de cobertura, qualidade e padronização do atendimento público em saúde.
- Aprimorar a gestão dos recursos financeiros destinados à saúde.
- Integrar os níveis de atenção e apoio à saúde, possibilitando a promoção integral da saúde à população.
- Promover a eficiência dos principais processos-chave da saúde, acelerando e qualificando o atendimento, diagnóstico e tratamento dos pacientes.
- Ampliar a cobertura da atenção básica à saúde em Brasília, com ênfase na expansão da Estratégia de Saúde da Família e foco nas regiões com piores indicadores de saúde.
- Promover a diminuição da procura por atendimentos nos hospitais, em casos nos quais a Atenção Básica possa suprir a demanda.
- Fortalecer e aprimorar a Assistência Domiciliar.

### **3.1.2 Território do Distrito Federal, delimitação da área metropolitana de Brasília e sua construção econômica.**

O Brasil do século XIX tinha a maior parcela da sua população em regiões costeiras, onde a circulação de bens e serviços eram maiores, as regiões que estavam nas partes centro e norte não eram muito habitadas. Segundo dados da Codeplan (2014), o centro-oeste no século XX, tinha apenas 373 mil habitantes, não sendo um lugar de interesses migratórios por conta de não haver um desenvolvimento industrial e econômico, fato que ocorria principalmente nas áreas litorâneas do país.

Antes da demarcação do DF no território do Centro-Oeste, a sua produção econômica ocorria por meio da agricultura de subsistência e a pecuária extensiva. Mesmo no período em que o país sofria modificações na economia por meio da industrialização, no Centro-Oeste este processo não apresentava uma grande repercussão. (CODEPLAN, 2014).

Para a melhor utilização do território brasileiro e para o crescimento do país, o Governo Federal promoveu ações que proporcionasse esse processo, a “Marcha para o Oeste” proclamado por Getúlio Vargas, no período da década de 1940, foi uma delas e a outra que refletiu grandes mudanças foi a transferência da Capital para o interior do Centro-Oeste. No final do século XIX, a área do DF é delimitada com a Missão Cruls e mais tarde na década de 1950 é realizada a construção e transferência da Capital. (CODEPLAN, 2014, p. 22).

Um dos motivos da transferência demográfica da Capital para o interior do país era que o Centro-Oeste pudesse aumentar o seu número de habitantes. Por isso na década de 1940, o Centro-Oeste começa a ser altamente transformado em questões habitacionais saindo da menor taxa de habitação, de 20%, segundo dados da Codeplan (2014, p. 22) para 83% em 2000 de pessoas residindo em cidades.

Em 21 de abril de 1960, Brasília é inaugurada, e com o passar do tempo foi necessário a criação das cidades satélites. Hoje o DF tem o total de 31 regiões administrativas, sendo estas: Brasília, Gama, Taguatinga, Brazlândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo, Lago Norte, Candangolândia, Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, SCIA (Estrutural), Sobradinho II, Jardim Botânico, Itapoã, SIA, Vicente Pires e Fercal. (CODEPLAN, 2016).

A partir do estabelecimento da Capital, a concentração populacional ocorreu tanto no seu interior, quanto no DF como um todo e nas cidades vizinhas pertencentes ao Estado de Goiás (GO). Na década de 1970, devido aos estímulos econômicos que foram geradas pela instauração de Brasília, foi criado o Programa da Região Geoeconômica de Brasília (PERGEB), que discutia o desenvolvimento regional dessa área.

Há dois processos principais na ampliação das cidades brasileiras. O primeiro a ampliação das “suas periferias urbanas com a criação de novos bairros e subúrbios, onde se instalam grandes empresas por encontrarem terras de mais baixo custo” e o segundo “por captura de municípios, limítrofes ou não, quando pertencentes à mesma região geoeconômica.” (CODEPLAN, 2014, p. 23). Diante do exposto, o processo de urbanização do DF ocorreu e ocorre atualmente de forma intensa aumentando as periferias do Estado.

O DF ficou conformado na Área Metropolitana de Brasília (AMB), sendo formada essa área pela Região Integrada de Desenvolvimento Econômico do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) e pelos os municípios da Periferia Metropolitana de Brasília (PMB). Essa interação do DF com as cidades do entorno está especificada no artigo 9º da Lei orgânica do Distrito Federal (LODF), que coloca que o DF tem responsabilidade de auxiliar essas cidades em seu desenvolvimento econômico. (MAGALHÃES, 2017).

Essas informações foram apontadas para termos noção da estrutura que envolve a área metropolitana de Brasília, tendo em vista que as características que encontramos atualmente no DF são resultados do desenvolvimento da tomada do território do Planalto Central e também da relação estreita do território do DF com a Ride.

Contudo, no que concerne ao tema presente, Atenção Básica a saúde no DF, os dados não são relevantes para a pesquisa por conta de que o reflexo dessa interação na área da saúde do DF recai nas atenções de média e alta complexidade majoritariamente, não sendo a Atenção Básica o seu principal interesse de atenção, por ser tratar do nível de que realiza a continuidade de atendimento e é preciso ter residência fixa no DF. Segundo a Codeplan (2014, p. 35), “no que se refere à utilização dos postos de saúde, até mesmo pelo caráter menos complexo dos atendimentos realizados nesses equipamentos, há expressivo percentual de utilização de serviços no próprio município, ou seja, na média regional, 91,52% utilizam os serviços no município, enquanto 8,25% o utilizam no DF.”.

### 3.1.3 Caracterização da desigualdade de renda no DF

De acordo com a CODEPLAN (2017), o PIB-DF de 2015 totalizou o valor de R\$ 215,613 bilhões, o que manteve o DF como a oitava melhor economia do Brasil. O que são números excelentes quando analisados sozinhos e melhores ainda quando correlacionados com a extensão territorial do DF.

De 2014 para 2015, o PIB apresentou uma variação real negativa de 1,0% em relação aos resultados anteriores, contudo, o seu desempenho ainda foi muito bom, o que o colocou enquanto a quinta melhor performance entre as 27 unidades federativas.

Na participação relativa no PIB nacional, em 2014, o DF representou 3,4% já em 2015, passou para 3,6%. No que concerne a região Centro-Oeste, a participação do DF também aumentou, saindo de 36,4% para 37,2%. (CODEPLAN, 2017).

O PIB per capita do DF obteve uma das melhores posições, ficando entre os primeiros colocados. No ano de 2015, a população do DF era cerca de 2,915 milhões de habitantes e o PIB per capita de “R\$ 73.971,05, isto é, 2,5 vezes o PIB per capita brasileiro de R\$ 29.326,33, 1,7 vezes o registrado para São Paulo, de R\$ 43.694,68, o segundo maior, e 6,5 vezes o do Maranhão (R\$ 11.366,23), o menor do país.” (CODEPLAN, 2017, p. 9).

De forma geral a economia produtiva do DF é pautada pelo setor de Serviços, com uma expressiva participação de atividades públicas, o que não gera grandes implicações em seu desenvolvimento em período de crise. Mesmo assim entre 2014 e 2015, segundo a Codeplan<sup>17</sup> (2017), o DF sentiu as altas taxas de juros e de inflação, a diminuição de renda da população e o aumento do desemprego.

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2015 (CODEPLAN, 2016), demonstrou que 48,81% da população em domicílio com 10 anos ou mais estava realizando alguma atividade remunerada, 16,23% estavam aposentados ou eram pensionistas, 16,50% não trabalhavam, mas estudavam e, 7,45% estavam desempregados.

Essa população estava dividida entre os setores da Agropecuária 0,85%, Construção Civil 5,56%, Comércio 27,60%, Administração Pública 21,65% e Serviços Gerais 17,55%. Os trabalhadores com carteira de trabalho assinada representavam 54,64%, os empregados sem carteira de trabalho assinada 6,47%, os que estavam vinculados a Administração Pública 12,85% e os trabalhadores autônomos 19,04%.

---

<sup>17</sup> A taxa básica de juros encerrou 2015 em 14,25% ao ano, e a inflação anual, medida pelo IPCA, atingiu 9,67% no DF e 10,67% no Brasil. (CODEPLAN, 2017, p. 8).

Sobre os rendimentos domiciliares (ver tabela 4) no DF, a PDAD/2015 apresenta que o valor médio da renda familiar é de R\$ 5.192,38, que no referido ano totalizava 6,59 Salários Mínimos (SM) e a renda per capita de R\$ 1.652,97, totalizando 2,10 SM.

Tabela 4 - Renda Domiciliar média mensal segundo as Regiões Administrativas no DF em 2015

<b>Região Administrativa</b>	<b>Renda média</b>	<b>Região Administrativa</b>	<b>Renda média</b>
Lago Sul	<b>27,53</b>	Riacho Fundo	6,18
Park Way	19,89	Gama	5,76
Sudoeste/Octogonal	17,71	Candangolândia	5,68
Plano Piloto	15,73	Samambaia	4,40
Jardim Botânico	15,07	Brazlândia	4,34
Lago Norte	14,83	Planaltina	4,26
Águas Claras	10,93	Santa Maria	4,15
Vicente Pires	10,92	Riacho Fundo II	3,96
Guará	9,41	São Sebastião	3,92
Cruzeiro	9,31	Ceilândia	3,90
SAI	7,43	Recanto das Emas	3,68
Sobradinho II	7,36	Paranoá	3,51
Taguatinga	7,28	Itapoã	3,24
Sobradinho	7,20	Fercal	2,89
<b>Distrito Federal</b>	<b>6,59</b>	Varjão	2,88
Núcleo Bandeirante	6,58	SCIA-Estrutural	<b>2,50</b>

Fonte: CODEPLAN (2016).  
Elaboração própria

Um fato impressionante que pode ser extraído dos dados da PDAD é que quando as Regiões Administrativas são dissociadas na análise e os dados são qualificados pelo

Coefficiente de Gini<sup>18</sup>, o nível de desigualdade de renda apresentados na PDAD correspondem a 0,468, contudo, esse valor não faz jus a situação socioeconômica da população do DF, que em 2017<sup>19</sup> apontou uma desigualdade de renda, mensurada pelo coeficiente de Gini, no valor de 0,602.

Por mais que a média salarial no DF seja de 6,59 SM, percebemos nitidamente a desigualdade de renda quando comparamos as primeiras RAs da tabela 4, com as últimas. O Lago Sul apresenta a maior renda mensal tendo 27,53 SM, seguido pela Park Way 19,89 SM e pelo Sudoeste/Octogonal com 17,71, enquanto as três últimas posições apresentam valores de uma renda média mensal de 2,50 SM para o SCIA-Estrutural, 2,88 SM para o Varjão e 2,89 SM para a Fercal.

Em uma comparação da renda mensal mais alta do DF (Lago Sul) para com a renda média do DF, a diferença é de 20,94 SM, ou seja, a renda mensal do Lago Sul é quatro vezes maior que a do DF. E quando comparada a renda mensal do Lago sul com a cidade que apresenta a menor renda, SCIA-Estrutural, a diferença é de 25,03 SM.

Outros dados identificados na PDAD/2015 demonstram fatores que propiciam que algumas médias salariais sejam absurdamente mais elevadas que outras. Entre elas o nível populacional das regiões administrativas, por exemplo, o Lago sul, que apresenta a maior renda segundo a PDAD/2015 era composto por 28.981 pessoas, enquanto a SCIA-Estrutural por 38.429 habitantes.

A escolaridade dos indivíduos pertencentes a cada RAs é outro ponto interessante a ser comparado, que indica que nas cidades do Lago Sul, Park Way, Sudoeste/Octogonal, Plano Piloto, Jardim Botânico e Lago Norte, a população têm índices de maior instrução e qualificação profissional, incluindo mestrado e doutorado, sendo predominante a habitação de funcionários e empregados públicos, profissionais liberais e empresários. Enquanto que no outro extremo estão os indivíduos com menor índice de escolaridade e qualificação profissional, ocupando funções que exigem mão de obra menos especializada e com menor instrução, estando alocados de forma geral na construção civil, no comércio e nos domicílios como empregadas(os) domésticos.

---

<sup>18</sup> Coeficiente de Gini instrumento que avalia o grau de distribuição de renda, sua variação é de zero até um, quanto mais perto de um, mais desigualdade de renda existe naquela sociedade.

<sup>19</sup> Dado disponível em [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2018/04/13/internas\\_economia,673309/desigualdade-de-renda-cresce-no-df-e-e-a-segunda-maior-do-pais.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2018/04/13/internas_economia,673309/desigualdade-de-renda-cresce-no-df-e-e-a-segunda-maior-do-pais.shtml)

O nível de instrução da população do DF é formado por 2,08% de analfabetos, 1,51% sabe ler e/ou escrever, 0,15% estavam na alfabetização para adultos, 0,24% estavam no ensino especial, 0,73% estavam no maternal ou na creche, 1,80% no Jardim I e II/ Pré-escola, 29,54% tinham o ensino fundamental incompleto, 4,01% o fundamental completo, 7,66% o médio incompleto, 21,69% o médio completo, 7,63% superior incompleto, 18,74% superior completo.

Sobre a faixa etária da população do DF os dados apresentam que 18,77% tem até 14 anos, 65,81% apresentam idade entre 15 e 59 anos e 15,42% acima de 60 anos. No que corresponde a classificação racial 52,25%, da população do DF se declararam pardos, 41,71% brancos e apenas 5,67% se autodeclararam negros.

Em regiões com alto poder aquisitivo, como o Lago Sul, estavam a maioria dos idosos e a maioria das pessoas autodeclaradas brancas, enquanto que em regiões com menor poder aquisitivo, como a Fercal, estavam a maioria das crianças e pessoas autodeclaradas pardas.

Sobre os indicadores sociais, segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do PNUD, o DF apresentou em 2010<sup>20</sup> o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH no valor de 0,824, o que representou segundo as faixas<sup>21</sup> do IDH que o DF obteve uma classificação muito alta. Esse valor é resultante do cálculo de três pilares: vida longa e saudável, no qual o DF obteve média de 0,873, acesso ao conhecimento, média de 0,742 e o padrão de vida, que representaram 0,863, calculados resultaram no valor de 0,824.

Esses pontos avaliam, correspondentemente aos pontos elencados anteriormente, a expectativa de vida da população ao nascer, a escolaridade da população adulta, o fluxo escolar da população jovem e a renda per capita. Segundo o Atlas Brasil, no que diz respeito ao IDH, o DF ocupava a 1ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras. Em 2010, período em que o IDH foi medido, a população do DF era de 2.570.160 habitantes, tendo uma área de 5.780km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 444,66 hab/km<sup>2</sup>.

---

<sup>20</sup> O IDH tem a sua medição a partir das informações fornecidas pelo censo demográfico do IBGE, o qual é realizado geralmente de 10 em 10 anos e, portanto, o IDH brasileiro tem a mesma média de tempo para ser calculado, tendo o seu último valor divulgado no ano de 2010.

<sup>21</sup> As faixas de classificação do IDH são classificadas em Muito Ruim: 0 - 0,499, Baixo: 0,500 - 0,599, Médio: 0,600 - 0,699, Alto: 0,700 - 0,799 e Muito Alto: 0,800 - 1,0. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)

### **3.2 Análise do orçamento da Atenção Básica à saúde no período de 2015 a 2017**

A análise orçamentária para a avaliação de uma política social é um aspecto fundamental para compreender se de fato os direitos estabelecidos por determinada política estão sendo alcançados. (BOSCHETTI, 2009).

Nesta parte será realizada a análise dos dados orçamentários da política de atenção básica a saúde no DF, buscando demonstrar nesse ponto qual a prioridade que a Atenção Básica teve no período de análise por intermédio da compreensão da distribuição dos recursos, da identificação das fontes que a financiam, bem como a origem dos recursos e o volume dos mesmos, no intuito de identificar se os valores pagos estão sendo suficientes para a manutenção da AB. (BOSCHETTI, 2009).

O primeiro ponto da análise será acerca das fontes do financiamento da Atenção Básica no DF. A principal fonte identificada de recurso para o financiamento da Atenção Básica no DF, são os recursos derivados do repasse fundo a fundo (ver tabela 5) e de recursos provenientes da União.

Entre o ano de 2015 a 2017 houve uma redução de 22,99% no repasse dos valores fundo a fundo para Atenção Básica no DF, essa atenuação no financiamento da Atenção Básica e também na política de saúde como um todo, como perceberemos mais adiante é um movimento explícito no Governo Rollemberg.

Na totalidade do repasse de recursos pela transferência fundo a fundo, podemos perceber que ano de 2015 o financiamento da saúde sofreu com o ajuste fiscal do Governo Dilma, em 2016 a DRU prejudicou o orçamento, incidindo sobre o repasse, e no ano de 2017 além da DRU, temos a consequência do teto de gastos da EC 95, sendo este último, o ano que no total tem o menor valor de repasse de recursos.

Tabela 5 – Repasse Fundo a Fundo por bloco de financiamento  
Valores Líquidos em Reais, deflacionados pelo IGP-DI - 2018

<b>Blocos de Financiamento</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Varição % 2015 a 2017</b>
Assistência Farmacêutica	28.949.653,37	30.323.416,74	23.794.172,10	- 17,81%
<b>Atenção Básica</b>	<b>128.907.781,66</b>	<b>117.979.795,12</b>	<b>104.813.733,27</b>	<b>- 22,99%</b>
Gestão do Sus	2.959.787,94	403.509,39	560.142,82	- 428,40%
Investimento	12.772.363,52	12.635.581,14	5.538.209,18	- 130,62%
Média E Alta complexidade	586.913.013,66	605.244.431,78	525.284.845,76	- 11,73%
Vigilância em Saúde	25.199.402,34	28.647.058,86	23.379.426,50	- 7,78%
<b>Total</b>	<b>785.702.002,49</b>	<b>795.233.793,03</b>	<b>683.370.529,64</b>	<b>- 14,97%</b>

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

Elaboração Própria.

Sendo identificada a União enquanto uma das principais fontes de recurso para o financiamento da Atenção Básica no DF, os valores recebidos em função do PAB ganham relevância para a nossa análise. A União manteve no ano de 2016 o mesmo valor transferido no ano de 2015 para a modalidade do PAB fixo (ver tabela 6), aumentando no ano de 2017 em 9,1% a quantia de fundos repassados ao GDF. Enquanto que para o PAB variável – PSF, os valores oscilaram entre 2015 a 2017, tendo o valor mais alto transferido no ano de 2015, com redução de 8,39% no ano de 2016, voltando no ano de 2017 ao valor próximo transferido no ano de 2015.

Tabela 6 -Transferência de recursos da União para o GDF por Piso de Atenção Básica  
Valores deflacionados pela média IGP-DI, a valores de 2017

<b>Modalidade</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>PAB Fixo</b>	R\$ 55.839.883,00	R\$ 55.839.883,00	R\$ 60.916.236,00
<b>PAB Variável – PSF</b>	R\$ 43.382.460,45	R\$ 39.743.536,30	R\$ 42.773.539,28
<b>Total</b>	<b>R\$ 99.222.343,45</b>	<b>R\$ 95.583.419,30</b>	<b>R\$ 103.689.775,28</b>

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal.

Elaboração Própria.

Após a identificação das fontes de financiamento da atenção básica no DF, o segundo ponto importante para a nossa análise orçamentária é acerca da direção dos gastos. Nesse momento buscaremos compreender qual a representatividade da Atenção Básica dentro da política de saúde no DF. (BOSCHETTI, 2009).

A distribuição dos recursos fundo a fundo para a política de saúde e suas subfunções ocorrem por meio dos blocos de investimento (ver tabela 5) em que a Atenção Básica é posta enquanto a segunda subfunção que mais recebe verba, ficando atrás apenas do bloco de investimento em média e alta complexidade.

Este ponto nos leva ao terceiro momento da nossa análise, que concerne a magnitude dos gastos. Essa etapa tem o interesse de configurar o volume de investimento da AB, buscando interpretar se houve de 2015 a 2017 a manutenção da política, o crescimento ou até mesmo a redução da mesma. (BOSCHETTI, 2009).

Observamos na tabela 7 que em todos os anos houve uma diferença entre os valores empenhados e pagos, sendo que os valores pagos no ano de 2015 ficaram R\$ 3,23 milhões abaixo do valor empenhado. Essa diferença foi exorbitante no ano consecutivo, chegando a ser 16x a mais o valor empenhado do valor pago, simplesmente R\$ 52,36 milhões que não foram de fato pagos, e, em 2017, R\$ 4,69 milhões.

Tabela 7 - Valores empenhados, liquidados e pagos na subfunção Atenção básica  
Valores em Reais, deflacionados pela média IGP-DI, a valores de 2017

<b>Atenção Básica</b>	<b>Empenhado</b>	<b>Liquidado</b>	<b>Pago</b>
<b>2015</b>	35,52	32,32	32,29
<b>2016</b>	97,37	53,62	45,01
<b>2017</b>	29,42	25,06	24,73

Fonte: Portal da Transparência do DF.  
Elaboração Própria.

Outro fato estarrecedor que podemos observar na tabela 7 é referente ao ano de 2016, o GDF naquela ano, empenhou um montante maior que no ano de 2015 e 2017, obtendo um valor pago igualmente maior que nos outros anos, contudo, no ano de 2016 se compararmos o valor empenhado com o valor executado, encontramos a marca de 53,77% a mais do valor realmente pago para o financiamento da AB.

Como se não fossem suficientes os fatos alarmantes já apresentados sobre o financiamento da Atenção Básica no DF, outro ponto se faz bastante expressivo na análise da magnitude dos gastos do GDF com a atenção primária. Os valores desembolsados pelo DF para custear a Atenção Básica referem-se a nada mais que R\$ 0,00. Sim,

absolutamente nenhum valor sai dos cofres do GDF para custear a AB, como podemos visualizar na tabela 8, os valores transferidos fundo a fundo são maiores que os valores pagos para o financiamento da AB.

Tabela 8 – Comparação entre valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o DF e valores executados pelo GDF

<b>Ano</b>	<b>Executado pelo GDF</b>	<b>Transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a Atenção Básica</b>
<b>2015</b>	32,29	128.907.781,66
<b>2016</b>	45,01	117.979.795,12
<b>2017</b>	24,73	104.813.733,27

Fonte: Portal da transparência do DF e Fundo Nacional de Saúde

No ano de 2015 foram transferidos para o fundo de saúde do DF, o montante de R\$ 128,91 milhões para o bloco de financiamento da Atenção Básica, enquanto o que foi executado para a mesma no mesmo ano foram R\$ 32,29 milhões. O que nos apresenta uma situação complexa, porque além do financiamento da Atenção Básica não ser realizada pelo GDF, ainda sobram valores volumosos do orçamento destinado para o custeio da Atenção Básica. Nos anos subsequentes analisados a situação não foi diferente tendo os valores pagos bem abaixo dos valores transferidos ao fundo de saúde do DF para o bloco de financiamento da Atenção Básica.

Um dos fatores que podem esclarecer a diferença dos valores transferidos pelo FNS para o DF e os executados pelo GDF, pode estar no fato dos recursos da AB serem utilizados para outras subfunções da política de saúde. A portaria nº 3992 de dezembro de 2017<sup>22</sup>, prevê que os entes federados utilizem os recursos repassados fundo a fundo para a execução das ações e serviços públicos de saúde no geral. Contudo o DF já fazia isso antes mesmo da portaria, não sendo as “caixas” uma limitação para que os recursos

---

<sup>22</sup> A portaria nº3992/2017 coloca no art. 3º que “os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo” aos entes federados, serão repassados por meio de dois blocos, o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o segundo o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html).

fossem implementados em outras subfunções. Isso também demonstra que o DF não tinha dificuldades, mesmo antes da portaria n ° 3992/2017, para alocar os seus recursos em outras áreas da saúde.

Em nível nacional, a tabela 9 apresenta que a Atenção Básica teve uma redução de 2015 a 2017 na participação dos recursos da União, caindo de 18,30%, em 2015 para 18,06%, em 2016, e 17,46%, em 2017. Tendo entre 2015 a 2017 o PAB fixo uma média de 0,20% na participação dos gastos públicos federais e no mesmo período o PAB Variável – PSF obteve uma média de 0,47% para os mesmos gastos, conforme a tabela a tabela 9.

Tabela 9 - Despesa da União com a Subfunção Atenção Básica, em R\$ bilhões

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Atenção Básica	21,81	21,84	19,24
Saúde – Função	119,18	120,96	110,21
Participação da Atenção Básica	18,30%	18,06%	17,46%
Participação do PAB Fixo nos gastos públicos	0,22%	0,20%	0,20%
Participação do PAB variável - PSF nos gastos públicos	0,56%	0,43%	0,43%

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal  
SIGA Brasil – SIAFI  
Elaboração Própria

Para proporcionar-nos uma visão mais ampla sobre a magnitude dos gastos com a Atenção Básica apresentaremos a partir desse instante comparações entre os gastos com a saúde, a atenção básica e as despesas governamentais do DF. A primeira dessas comparações é referente aos gastos com a dívida interna e externa e o quanto eles representam a mais que os gastos com a Atenção Básica e o gastos com saúde no geral.

Em 2017, a soma dos gastos com a dívida interna e externa (ver tabela 10) foram 17,3 vezes maiores que os valores pago para o nível de atenção básica e, no mesmo ano, em comparação com a política de saúde os gastos com ambas as dívidas representaram 10,93% do que foi gasto com a função saúde.

A média dos valores gastos com a dívida interna e externa, no DF, são 12,2 vezes maiores que os valores dispendidos com a Atenção Básica de 2015 a 2017, enquanto a média em relação a saúde é de 6,88%. Nos três anos analisados a variação do valor executado com a dívida interna e externa teve 6,9% de aumento, enquanto os recursos com a Atenção Básica e a saúde reduziram no mesmo período.

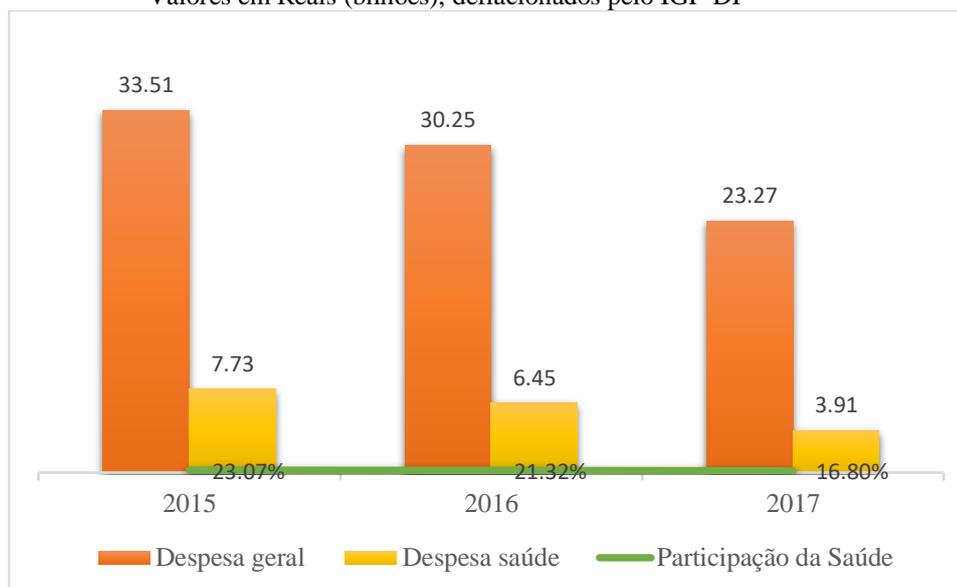
Tabela 10 - Comparação entre os gastos com a dívida interna e externa, a função saúde e subfunção atenção básica  
Valores em milhões de Reais, deflacionados pela média IGP-DI, a valores de 2017

<b>Ano</b>	<b>Soma da dívida interna e externa</b>	<b>Superioridade dos gastos com a Dívida frente ao orçamento da Atenção Básica</b>	<b>Relação percentual gastos com a dívida x orçamento da Saúde</b>
<b>2015</b>	399,46	12,4x maior	5,17%
<b>2016</b>	418,56	9,3x maior	6,49%
<b>2017</b>	426,87	17,3x maior	10,93%
<b>Total</b>	1244,89	12,2x maior	6,88%

Fonte: Portal da Transparência do DF.  
Elaboração Própria.

Como podemos observar, no gráfico 1, tanto as despesas gerais quanto a despesa com a saúde tiveram redução em seus valores. Entretanto, a queda no orçamento geral foi de 30,6%, enquanto a saúde apresentou uma perda de 49,5% entre 2015 a 2017 em seu orçamento, tendo sua participação abaixo dos 30% no panorama da despesa geral do GDF nos três anos. Sendo o ano de 2017 o que apresenta o menor índice, de 16,8%. Outro ponto importante acerca dos valores das despesas orçamentárias do GDF é que o DF arrecadou mais que gastou no período analisado.

Gráfico 1 – Despesa Geral liquidada x Despesa com a função Saúde  
Valores em Reais (bilhões), deflacionados pelo IGP-DI



Fonte: Portal da Transparência do DF.

Elaboração Própria.

Outro ponto significativo são as Deduções Fiscais e as Renúncias Tributárias (ver tabela 11). Em comparação com os valores da receita geral, elas aumentaram entre 2015 a 2017, passando de 6,53% no primeiro período analisado para 8,47% da receita em 2017.

Tabela 11 - Comparativo entre a Receita Geral (a) e as Deduções e Restituições da Receita (b)  
Valores em Reais (bilhões), deflacionados pela média IGP-DI, a valores de 2017

	2015	2016	2017
Receita Geral (a)	32,94	31,14	23,61
Deduções e Restituições da Receita (b)	2,15	2,12	2,00
<b>Total de (a)/(b)</b>	6,53%	6,81%	8,47%

Fonte: Portal da Transparência do DF

Elaboração Própria

Até mesmo as deduções fiscais e as renúncias tributárias tem proporções muito mais elevadas de gastos quando comparadas com a atenção básica e a função saúde, no período de 2015 a 2017. As deduções fiscais e as renúncias tributárias ultrapassaram a marca de 80 vezes a mais que os valores orçados para a atenção básica. Ao passo que no ano de 2017, elas alcançaram nada menos que 51,55% do valor gasto com a política de saúde, como podemos verificar na tabela 12.

Tabela 12 - Comparação entre os gastos com as Renúncias Tributárias e as deduções fiscais x a Atenção Básica e a política de Saúde, Valores em Reais (bilhões), deflacionados pela média IGP-DI, a valores de 2017

<b>Ano</b>	<b>Deduções fiscais e Renúncias Tributárias</b>	<b>Superioridade das Renúncias frente ao orçamento da Atenção Básica</b>	<b>Relação percentual Renúncias x Orçamento da Saúde</b>
<b>2015</b>	2,15	87x maior	27,56%
<b>2016</b>	2,12	47x maior	32,62%
<b>2017</b>	2,00	80x maior	51,55%

Fonte: Portal da Transparência do DF  
Elaboração Própria

Para concluir a análise vamos comparar os valores que o GDF gastou com as políticas sociais de Assistência, da Educação, da Previdência e da Saúde. Podemos observar na tabela 13, que a função Saúde foi a que mais teve redução em seu orçamento no período de 2015 a 2017, sendo esse valor referente a 49%, seguida pela função Educação que reduziu 36%, pela Previdência que diminuiu 34% e depois pela Assistência que chegou aos 14% de encolhimento em seu orçamento.

A comparação entre esses dados nos apresenta qual lugar as políticas sociais ocupam no governo Rollemberg. Quando observamos os valores efetivamente pagos inferimos que as políticas sociais tiveram reduções bruscas, especialmente a Saúde, não sendo, portanto, prioridade na destinação de recursos do GDF.

A Saúde, a Educação e a Previdência tiveram os seus melhores valores pagos no ano de 2015, que correspondia ao PPA do governo anterior. A assistência teve seu melhor valor também no ano de 2015, tendo uma queda superior a 50% em seu orçamento no ano de 2016 e tendo uma recomposição em 2017, mas mesmo assim ficando abaixo significativamente do valor executado em 2015.

Tabela 13 – Comparação dos gastos executados com as funções da Assistência, Educação, Previdência e Saúde, Valores em Reais, deflacionados pela média IGP-DI, a valores de 2017

<b>Funções</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Redução</b>
<b>Assistência</b>	0,50	0,21	0,43	14%
<b>Educação</b>	7,99	6,70	5,08	36%
<b>Previdência</b>	6,43	6,32	4,17	34%
<b>Saúde</b>	7,73	6,45	3,91	49%

Fonte: Portal da Transparência do DF.  
Elaboração Própria.

Os dados da execução orçamentária da atenção básica no DF, da própria política de saúde, nos mostram que o atual governo é compatível com um projeto político que atenda aos interesses do capital, por intermédio especialmente da contrarreforma do Estado, ocasionando claramente o detrimento da política de saúde e também das políticas sociais como um todo.

Um ponto surpreendente é o fato de a atenção básica ser colocada por este governo enquanto o carro chefe da política de saúde, mas ter na execução do seu orçamento uma proporção inversa ao que foi empenhado, definindo as prioridades do governo.

Na análise realizada fica claro que o GDF não desempenha o seu papel enquanto garantidor da promoção da política de saúde, inclusive não apenas no nível básico de atenção, mas na totalidade da função, o que resulta para a população em atendimentos que não suprem as necessidades estabelecidas da mesma e que são garantidos na PNAB e no próprio SUS.

## CONCLUSÃO

Este trabalho discutiu criticamente a atual situação da atenção básica a saúde no DF, por meio da análise orçamentária no período de 2015 a 2017. Para esta análise dialética partimos de o ponto da política de saúde ser um direito de cidadania, que efetivamente não chegou a ser garantido plenamente em nenhum período histórico no Brasil, estando sempre interligado com questões econômicas e interesses privados.

Em um Estado que o Fundo público é espaço de disputa e reflexo dos principais interesses governamentais, o orçamento é uma peça fundamental para que seja garantido os direitos sociais. Contudo diante de um Estado que apresenta uma economia pautada pelo neoliberalismo os interesses coletivos não se demonstraram primordiais, fazendo-se presente com veemência os interesses da contrarreforma do Estado, especialmente na política aplicada pelo GDF.

Observamos fatos estarrecedores no financiamento da atenção básica, da política de saúde e de outras políticas sociais. O primeiro ponto é que o GDF não retira de seus cofres nenhum valor para financiar a atenção básica, todo o recurso vem da transferência fundo a fundo realizada pela União, sendo que os valores transferidos para o bloco de financiamento da atenção básica tiveram reduções subsequentes entre 2015, 2016 e 2017.

Outro ponto que nos chama a atenção são que os valores empenhados e pagos em todos os anos apresentam diferenças, sendo o valor pago sempre menor que o valor empenhado. Destacando-se o ano de 2016 em que o valor empenhado foi o mais próximo dos valores transferidos pelo fundo nacional de saúde nos anos analisados, contudo o valor pago ficou mais da metade abaixo do que foi empenhado.

Essa comparação nos demonstra a triste realidade do financiamento da atenção básica no DF, o GDF não utiliza todo o valor transferido fundo a fundo para o bloco de atenção básica e não financia diretamente nada referente à atenção básica. Em um panorama mais aberto a função saúde está em condições piores ainda do que a subfunção atenção básica, ela apresentou na análise orçamentária cortes drásticos em seu orçamento, o que inviabiliza que o GDF garanta o direito primordial de acesso universal e integral da saúde. Seguindo o mesmo ritmo a assistência social, a educação, a previdência teve redução no mesmo período. Em contrapartida o GDF garante

o pagamento em quase 100% da dívida interna e externa e da função legislativa. Isso nos apresenta os interesses claros do Estado, e, especial do atual governo de Brasília.

Os gastos orçamentários que observamos nessa análise nos traz o direcionamento que o Governo Rollemberg apresenta, tendo as suas decisões tomadas acerca da redução do financiamento da política de saúde. Esse processo nos conduz a percepções acerca do cenário político da sociedade, as tendências as quais as políticas sociais estão forçadas. Os objetivos que estão sendo seguidos são do ajuste fiscal, por meio da DRU e das EC, especialmente a EC 86/2015, que diminuiu o financiamento do SUS e a EC 95/2016, que interrompe com a vinculação de recursos para o SUS e congela os gastos públicos por 20 anos.

Outro ponto que concluímos acerca da AB é que a estratégia utilizada para a mesma, não apenas no DF mas em nível nacional, que é o PSF, no final das contas nos apresenta o mesmo saldo que em todo o percurso da APS no Brasil, que é da seletividade e da focalização. Se apresentando conforme outros programas institucionalizados anteriormente como o PIASS, o AIS e o PACS, oferecendo a população as mesmas arcaicas experiências de AB.

Isso demonstra também que o Estado não tem interesses na APS, não seguiu e ainda não segue os princípios da Conferência de Alma Ata, mesmo colocando na PNAB que a AB deixa de ser um programa para complementar algo e passa a ser ponto crucial na estruturação do SUS, como porta de entrada e nível que fomenta o cuidado, a prevenção e a manutenção da saúde, por meio da continuidade do atendimento.

Outro problema encontrado é sobre a descentralização da AB, prevista na PNAB, que coloca sobre a facilidade de acesso dos cidadãos as UBS. Como o GDF, a partir do ínfimo financiamento da APS, pode possibilitar a população o acesso a toda RAS? Se o orçamento destinado e executado para a AB não confere status de promoção da saúde, fazendo com que características importantes da APS não sejam alcançadas, sendo o primeiro contato com o SUS, a longitudinalidade, a abrangência e a coordenação.

Além disso, o escasso orçamento culmina na falta de recursos humanos e de materiais, o que faz com que a política não funcione. Esse encadeamento de fatores joga a população para os serviços privados de saúde, que se dá de acordo com as condições de acesso, de rendimentos, de cada indivíduo.

Sendo assim o GDF prioriza a política neoliberal, que tem o intuito claro de atacar a saúde pública, que é constituída pelo acesso universal, equânime e gratuito, de

responsabilidade do Estado, por meio da promoção do sucateamento e do desmonte da política de saúde.

Favorecendo o âmbito privado, por vários vieses apresentados ao longo do trabalho, sendo o mais recente a passagem da gestão do Hospital de Base do DF, único hospital de alta complexidade do DF, para uma OSs gerir, restringindo o acesso da classe trabalhadora ao hospital, que hoje inclusive está denominado enquanto Instituto de base, materializando as propostas do plano de governo, em detrimento dos direitos sociais e do acesso a saúde enquanto uma questão de cidadania, demonstrando que a nossa hipótese está correta, o Governo Rollemberg não tem a saúde pública, o SUS enquanto uma prioridade em seu governo.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto **SUS - Sistema Único de Saúde - Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios** – 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- ARAGÃO, Gilvan Alves Junior **A Função do Fundo Público na Seguridade Social Brasileira e no Financiamento da Saúde**, V Jornada Internacional de Políticas Públicas.
- ATLAS BRASIL. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, Distrito Federal. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/distrito-federal](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/distrito-federal)> Acesso em 05/04/2018.
- ÁQUILAS, Mendes; MARQUES, Rosa Maria **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, OUT-DEZ 2014.
- \_\_\_\_\_. **A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, ago. 2012.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Serviço Social Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.
- BRASIL, **7ª Conferência Nacional de Saúde**. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- BRASIL, Brasília Saudável, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasília, 2016.
- BRASIL, Diário Oficial da União, PORTARIA Nº 2.435, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=2/09/2017> Acesso em 06/02/2018.
- BRASIL, **Projeto Brasília Saudável**, <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/7509-sa%C3%BAde-apresenta-o-projeto-bras%C3%ADlia-saud%C3%A1vel-com-foco-na-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia.html> acesso em 06/02/2018
- BRASIL, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, **Plano Distrital de Saúde 2016-2019**, Brasília.
- BRASIL, **O SUS de A a Z Garantindo Saúde nos Municípios**, 3 ed., Brasília: CONASEMS MINISTÉRIO DA SAÚDE.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASILIA, **Projeto de Lei Plano Plurianual – PPA 2016-2019.**

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

CODEPLAN. **Delimitação do espaço metropolitano de Brasília (Área Metropolitana de Brasília).** Nota técnica nº 1/2014. Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2014:

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2015.** Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2016a.

\_\_\_\_\_. **PRODUTO INTERNO BRUTO DO DISTRITO FEDERAL 2015.** Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017.

CORREIA, M. V. C. **A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira.** Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis, Ano VII, n.13, ABEPSS, São Luiz, 2007.

CUNHA, Jarbas. **AVANÇOS E RETROCESSOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA ESPERANÇA EQUILIBRISTA.** Brasília, 2014. Disponível em <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/16525>>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) acessado em 01/02/2018

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica.** <https://blog.atencaobasica.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Síntese-VII-Fórum-AB.pdf>. Acessado em 06/02/2018

ESCOREL, Sarah. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 1. ed. Fiocruz, 2008 Cap. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990

FIUZA, Juliana. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <[http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UERJ\\_bb16edc1fb538605b41930fa7399caac](http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UERJ_bb16edc1fb538605b41930fa7399caac)>

FLEURY, Sonia; MAFORT, Assis. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008.

FLEURY, SONIA. **A Democratização da Saúde: Avanços e Impasses.** Ser Social. Brasília, v.11 n. 25, jul/dez. 2009, p. 16-29

GIOVANELLA, Lúgia e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GÖTTEMS, Evangelista, Pires, Silva, Silva. **Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1409-1419, jun., 2009

MAGALHÃES, Matheus. **Orçamento da seguridade social no Distrito Federal de 2008 a 2015**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/24519>>

MANDEL, Enerts, **Le capitalisme**, Primeira Edição: **Enciclopédia Universalis**, 1981, disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/mandel/1981/mes/capitalismo.htm>  
Acesso em 30/10/2017

MENDES, Àquilas. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa**. Futuros do Brasil ideias para ação. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Julho, 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico**, Série A. Normas e Manuais Técnicos 3ª ed. revista e ampliada, 2003

MOROSONI, Márcia Guimarães Valeria Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Caderno de Saúde Pública, **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?**

OLIVEIRA, Fabricio, **Economia política das Finanças Públicas No Brasil: um guia de leitura**. São Paulo, 2009

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA Fleury, Sonia M. **(IM)Previdência social 60 anos de história da previdência no Brasil**, Rio de Janeiro: Vozes / Abrasco, 1986.

PIOLA, Sérgio et al. **Financiamento Público da Saúde: Uma História à procura de Rumo**. Rio de Janeiro, 2013

PIOLA, SF., et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. ISBN 978-85-8110-018-0.

PORTAL FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, **Portaria 3.992 de 28 de dezembro de 2017**, <<http://portalfns.saude.gov.br/slideshow/1898-consideracoes-sobre-a-portaria-3->

[992-de-28-12-2017-que-trata-do-financiamento-e-da-transferencia-dos-recursos-federais-para-as-acoes-e-os-servicos-publicos-de-saude](#)>. Acesso em 26/03/2018.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**, 1. ed. São Paulo, Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017 disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>>

SALVADOR, Evilásio. TEIXEIRA, Sandra. **ORÇAMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS: metodologia de análise na perspectiva crítica**. 2014

SANTOS, MAN. **Estado moderno, fundo público e capital: uma tentativa de compreensão**. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and. PATRIOTA, LM.orgs. Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 41-57. ISBN 978-85-7879-193-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

SOUZA, Rodrigo Filho. **Fundo público e políticas sociais no capitalismo: considerações teóricas**. 2015 p. 318 – 339

SOCORRO, Maria do Perpétuo. Determinantes da baixa valorização da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/14776>>

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. 2011, Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.