



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

**Análise do orçamento da política de saúde no Distrito Federal no governo Ibaneis
Rocha (2019 a 2023)**

Luana Novais de Souza

Brasília, DF

2025

Luana Novais de Souza

**ANÁLISE DO ORÇAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO DISTRITO
FEDERAL NO GOVERNO IBANEIS ROCHA (2019 a 2023)**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como
requisito parcial para obtenção de grau de Bacharela em
Serviço Social pela Universidade de Brasília.
Orientação: Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador

Brasília,

2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

Análise do orçamento da política de saúde no Distrito Federal no governo Ibaneis Rocha (2019 a 2023)

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

Aprovado em: 03/02/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr. Evilasio da Silva Salvador
Professor do Departamento de Serviço Social - IH/SER/UnB
(Orientador)

Prof.^a Andréia de Oliveira
Professora do Departamento de Serviço Social - IH/SER/UnB
(Membro Interno)

Thiago Bazi Brandão - Membro externo
Professor Doutor e Assistente Social da Câmara Legislativa do Distrito Federal
(CLDF)

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, àqueles que sempre estiveram ao meu lado, independentemente das circunstâncias da vida: meu pai, Jorge Alexandre, e meus avós, Leda Helena e Renato. Meu amor por vocês é incondicional.

Ao meu pai, manifesto minha eterna gratidão pelas escolhas que realizou desde o momento em que minha existência passou a integrar sua vida. Reconheço e agradeço pelos esforços incansáveis e pelas renúncias feitas em prol da excelência e qualidade da minha educação. Sua presença constante, que equilibra a figura paterna e a de um amigo e parceiro, será sempre motivo de orgulho e inspiração.

Aos meus avós, expresso minha gratidão pela dedicação inabalável e pela confiança inquestionável em minha capacidade, demonstrando, em todos os momentos, apoio e incentivo para que eu pudesse prosseguir em minha trajetória.

Agradeço à minha família, especialmente à minha mãe, Cintya, às minhas irmãs, Deborah, minha eterna parceira, e Marcella, bem como aos meus tios, Giuliano, Renata, Taís e Guilherme, por todo apoio e afeto ao longo da minha caminhada.

Agradeço ao meu amigo, companheiro de vida e, em breve, colega de profissão, Igor Maravalhas, cuja presença transformou minha vida em um espaço mais belo e gratificante nos últimos anos. Saiba que levo você comigo para sempre, independentemente dos caminhos que a vida nos reservar.

Expresso também minha profunda gratidão à Jussara e ao Alisson, pela valiosa oportunidade que me proporcionaram de amadurecer e me tornar uma pessoa mais competente e resiliente. Palavras não são suficientes para expressar a dimensão do carinho e gratidão que nutro por vocês.

Agradeço às minhas amigas de infância, Maria Clara e Shina, por estarem ao meu lado em todos os momentos desafiadores que enfrentei ao longo da vida. Com vocês, a vida se tornou mais alegre, leve e bem-humorada, e sou eternamente grata por isso.

Aos meus amigos e colegas de curso, Clara, Isabela, Maria Habibe e Ravi, expresso minha sincera gratidão pela parceria e pelas vivências compartilhadas ao longo dessa jornada acadêmica.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Evilasio Salvador, por acreditar no meu potencial e por sua dedicação em estimular na qualidade do conteúdo desenvolvido.

Resumo

Este trabalho tem como objeto de pesquisa o orçamento da política de saúde no Distrito Federal, durante o período de 2019 a 2023. Para tanto, busca compreender a constituição da política de saúde no Distrito Federal (DF), assim como a conformação do fundo público e do financiamento desta política social. Para fins de realização do trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica nas áreas temáticas de saúde pública, fundo público, orçamento público e financiamento da política de saúde, sob a perspectiva crítica do Serviço Social, com a finalidade de compreender os elementos que marcam a constituição da saúde como direito social e como seu orçamento tem sido concebido e executado, em nível nacional e distrital. Em termos metodológicos, foram extraídos e analisados os dados do Portal da Transparência da Câmara Legislativa do Distrito Federal, que indicam os valores empenhados e autorizados para a saúde no DF, a evolução do orçamento desta política e a execução orçamentária durante de 2019 a 2023. O estudo da alocação dos recursos da política de saúde demonstra como essa política tem sido concebida e executada pela União e pelo Governo do Distrito Federal. Como resultado, observa-se que o orçamento da política de saúde no DF é marcado pela insuficiência de recursos, o que pode ser caracterizado como um subfinanciamento e pela priorização da assistência hospitalar e ambulatorial em detrimento da atenção básica. Por fim, constatou-se a transferência crescente de recursos públicos para entidades privadas, o que compromete a integralidade e a universalidade preconizadas pelo Sistema Único de Saúde. O cenário no DF é caracterizado pela precarização das condições de trabalho, insuficiência de profissionais e desinvestimento na infraestrutura pública, agravados pelas lógicas de austeridade fiscal e pela racionalidade neoliberal que orienta a gestão pública.

Palavras-Chave: Política de Saúde, Orçamento, Financiamento.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Valores autorizados e empenhados da política de saúde no DF entre 2019 e 2023 (R\$ - em bilhões - valores deflacionados de acordo com o IPCA).....**38**

Tabela 2 - Valores empenhados das subfunções da política de saúde no DF entre 2019 e 2023 (R\$ - em milhões - valores deflacionados de acordo com o IPCA).....**39**

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

APS - Atenção Primária à Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF - Constituição Federal

CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DEM - Democratas

EC - Emenda Constitucional

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FCDF - Fundo Constitucional do Distrito Federal

FHDF - Fundação Hospitalar do Distrito Federal

GDF - Governo do Distrito Federal

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

ICS - Instituto Candango de Solidariedade

IGES/DF - Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

JK - Juscelino Kubitschek

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MS - Ministério da Saúde

NRF - Novo Regime Fiscal

OS - Organizações Sociais

OSS - Organizações Sociais da Saúde

PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PLC - Programa Saúde em Casa

PNS - Plano Nacional de Saúde

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA - Plano Plurianual

PPP - Parcerias Público-Privadas

PSC - Programa Saúde em Casa

PSB - Partido Socialista Brasileiro

PT - Partido dos Trabalhadores

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RIDE - Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal

SSA - Serviço Social Autônomo

SES/DF - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TMD - Teoria Marxista da Dependência

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Introdução.....	10
Capítulo 1: A política de saúde no Brasil	
1.1 Recorte do processo constituinte de 1988.....	12
1.2 Saúde a partir da Constituição Federal de 1988.....	16
1.3 Saúde em contexto de austeridade fiscal.....	21
Capítulo 2: Análise da política de saúde no Distrito Federal	
2.1 Histórico da política de saúde no DF.....	26
2.2 A política de saúde no governo Ibaneis Rocha (2019-2023).....	30
Capítulo 3: Fundo público e o orçamento da política de saúde	
3.1 A teoria acerca do fundo público.....	35
3.2 Orçamento da política de saúde no DF (2019-2023).....	37
Considerações Finais.....	42
Referências.....	44

Introdução

A política de saúde no Brasil passou por transformações significativas ao longo das últimas décadas, especialmente a partir da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esse marco histórico foi fundamental para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo público e universal que busca garantir a atenção integral à saúde da população brasileira. No entanto, a implementação desse sistema enfrenta desafios decorrentes das transformações econômicas e políticas, que impactam o financiamento e a execução dos serviços de saúde, especialmente em contextos locais como o Distrito Federal, objeto de estudo desta pesquisa.

A análise do financiamento da política de saúde no Distrito Federal é essencial para compreender como os recursos são alocados e utilizados na região, considerando os desafios impostos por restrições orçamentárias e pela racionalidade neoliberal que orienta a gestão pública. Entre os anos de 2019 e 2023, sob a gestão do governo Ibaneis Rocha, observa-se uma dinâmica marcada pela priorização de investimentos na assistência hospitalar, além da generalização da participação privada na gestão pública de saúde, por meio de parcerias com Organizações Sociais e Serviços Sociais Autônomos.

Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo analisar o orçamento da política de saúde no Distrito Federal, com enfoque na execução orçamentária relacionado ao Plano Plurianual (PPA) de 2020 a 2023. A pesquisa busca compreender a evolução dos recursos autorizados e empenhados, além de identificar os padrões de alocação dos recursos entre as diferentes subfunções da política de saúde, como Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Vigilância em Saúde.

Para alcançar tais objetivos, foi realizada uma revisão bibliográfica abrangente, com base em autores referências na área de saúde pública e financiamento das políticas sociais. Além disso, foram coletados e analisados dados orçamentários extraídos do Portal da Transparência da Câmara Legislativa do Distrito Federal, permitindo uma abordagem quantitativa e qualitativa da evolução do orçamento da saúde no período em questão.

A relevância deste estudo está na possibilidade de contribuir para o debate sobre o financiamento da política de saúde no DF, oferecendo subsídios para a compreensão dos desafios enfrentados pela gestão pública na execução dos serviços de saúde. A pesquisa também busca apontar as contradições entre a proposta de universalização do

SUS e as práticas de desresponsabilização estatal, que resultam em um modelo de saúde fragmentado e condicionado por interesses privados.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a constituição histórica da política de saúde no Brasil, desde a redemocratização até os dias atuais, enfatizando os principais marcos legais e institucionais que moldaram o SUS. O segundo capítulo analisa a política de saúde no DF, com destaque para a gestão do governo Ibaneis Rocha e as principais características de sua política. O terceiro capítulo dedica-se à análise orçamentária propriamente dita, apresentando dados sobre a execução dos recursos da saúde e discutindo suas implicações para o acesso e a qualidade dos serviços prestados à população.

Com isso, espera-se que esta pesquisa contribua para uma reflexão crítica sobre os desafios enfrentados pela política de saúde no Distrito Federal e a necessidade de fortalecimento do financiamento público, garantindo a universalidade e integralidade do sistema de saúde como preconizado pela CF de 1988.

Capítulo 1: A política de saúde no Brasil

1.1 Recorte do processo constituinte de 1988

Para contextualizar a política de saúde no Distrito Federal, é fundamental traçar, de forma sucinta, o percurso histórico da saúde pública brasileira a partir do processo de redemocratização, em 1988. Esse panorama permite destacar as principais características da política de saúde no âmbito federal, além de elucidar o processo que norteou seu desenvolvimento e estruturação nos níveis estadual e distrital. Essa análise contribui para compreensão das especificidades da região, considerando o contexto histórico, social, político, econômico e cultural brasileiro, que condiciona as decisões tomadas e os pressupostos ideológicos subjacentes às ações implementadas.

Antecedendo a regulamentação da Constituição Federal (CF) de 1988, sob os preceitos da ditadura empresarial-militar, o Brasil enfrentava um cenário marcado por elevados percentuais de mortalidade, decorrentes das precárias condições de vida enfrentadas pela população desassistida pelo Estado – que correspondia à majoritária parte da população brasileira –, como ausência de saneamento básico e a prevalência de desnutrição. A concepção de saúde, nesse momento, vinculava-se a ótica assistencialista e individualizada, que relegava os determinantes sociais da saúde a um plano secundário, enquanto privilegiava o produtor privado assumindo características capitalistas (Bravo, 2003), refletindo diretamente nas vertentes da questão social¹.

No início do regime ditatorial, era inviável qualquer manifestação política de oposição, permeada por fortes repressões promovidas pelo aparato estatal. Nesse período, a máquina pública direcionava suas ações para a acumulação de capital, o que incluiu a consolidação do complexo médico-industrial, responsável pela importação de equipamentos médicos de alta tecnologia e pela produção de medicamentos (Teixeira, 1986). Assim, a saúde mercantil ganha centralidade, desprezando a saúde pública à marginalização.

¹ Behring (2003) compreende a questão social como as múltiplas expressões das desigualdades produzidas pela sociedade capitalista, que se revelam em situações como pobreza, desemprego, precarização das condições de trabalho e exclusão social. Netto (2009, p. 157) desenvolve que a questão social “está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração”.

Com o ideário do Milagre Econômico², os recursos públicos destinados à saúde foram desvirtuados para projetos de grande infraestrutura, como a Hidrelétrica de Itaipu e a Ponte Rio-Niterói (Cunha, 2014). É verídico afirmar que, de fato, houve um crescimento na economia, simultaneamente com o recrudescimento da desigualdade social e com drástica redução das políticas sociais (Escorel, 2012), o que agravou a concentração de renda e o aumento do desemprego. Para Bertolli Filho (2000, p. 50), criava-se assim “uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário-mínimo foi sensivelmente reduzido, tornando ainda mais difícil a vida das famílias trabalhadoras”. Ademais, o autor, em seu estudo, destaca que a prática do clientelismo antecede o período ditatorial, este que se manifesta pela troca de serviços e bens de saúde por votos e apoios políticos durante períodos eleitorais.

Com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), foi criado, em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Esse órgão público alegava não dispor de condições para oferecer, de maneira independente, serviços de saúde aos beneficiários, incorporando sob essa justificativa, a contratação do serviço privado (Escorel, 2012). Dessa forma, aqueles que não possuíam condições para financiar atendimentos em clínicas privadas eram dependentes dos serviços filantrópicos, perpetuando a seletividade do sistema e as desigualdades no acesso à saúde.

O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontornável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que eram mais bem-remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal (Escorel, 2012, p. 386).

Bravo (2003) qualifica esse período como marcado pelo favorecimento ao setor privatista, evidenciado pela implementação, em 1968, do Plano Nacional de Saúde (PNS) pelo Ministério da Saúde (MS). Esse plano, embora temporário, tinha como objetivo comercializar os hospitais públicos à iniciativa privada, reduzindo a atuação direta do Estado ao papel de mero financiador.

A década de 1970 pode ser interpretada como um período controverso, no qual avanços democráticos discretos coexistiam com significativos impasses, sobretudo no

² O "Milagre Econômico" brasileiro foi sustentado por um modelo de crescimento baseado em elevados empréstimos externos, investimentos massivos em infraestrutura e uma política de incentivos fiscais à indústria. Também, o modelo resultou em uma maior dependência da dívida externa, o que agravou a crise econômica nos anos subsequentes.

campo econômico. Enquanto a violência e a repressão do autoritarismo estatal se sustentavam, a economia enfrentava retrocessos marcados pelo aumento da inflação, o crescimento da dívida externa e a diminuição do poder aquisitivo. Embora o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) reconhecesse a necessidade de avanços sociais em áreas como a educação e saúde, o reforço orçamentário do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social³ (FAS) foi direcionado às unidades privadas de saúde, aprofundando a mercantilização do setor. Concomitantemente, a alta do preço do petróleo provocou uma crise internacional que encerrou o ciclo de crescimento econômico, agravou as tensões sociais e fomentou articulações populares que reivindicavam transformações no país, inclusive na dimensão da saúde pública (Paiva, Teixeira, 2014).

Com a chamada “abertura lenta e gradual”, começaram a surgir espaços para a consolidação de iniciativas democráticas, destacando-se a criação do movimento de Reforma Sanitária, que paulatinamente se firmou como uma força de transformação no cenário político e social do país. Teixeira e Paiva (2014) elaboram que esse período coincidiu com a criação de dois fóruns de grande importância no campo da produção do saber, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que, ao longo da história, desempenhariam um papel crucial na emergência da reforma sanitária. No plano das ações práticas, cabe destaque à criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) pelo Ministério da Saúde (MS), que conduziu serviços de cuidados primários em saúde para as regiões rurais, contribuindo para a ampliação do acesso e da cobertura sanitária.

Aproximando-se do fim da era militar e diante da transição para a Nova República, os movimentos sociais adquiriram maior protagonismo, desenvolvendo-se em torno de concepções ampliadas de saúde. Essas articulações destacavam o processo de saúde-doença em sua complexidade, enfatizando a urgência de um sistema público capaz de atender as reais demandas do povo brasileiro, rompendo com perspectivas individualistas, assistencialistas e focalizadas exclusivamente na doença. Sob influência do pensamento gramsciano⁴, emergiram reivindicações pela participação popular na formulação e

³ O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei nº 6.168 de 9 de dezembro de 1974, tem como objetivo fornecer apoio financeiro a programas e projetos de caráter social que estejam alinhados às diretrizes e prioridades da estratégia de desenvolvimento social dos Planos Nacionais de Desenvolvimento (Brasil, 1974).

⁴ “Na dialética do pensamento gramsciano a questão da hegemonia – a partir da qual e para qual o teórico e militante marxista pensa a política – é trabalhada em diversos ângulos, entre eles: um, que toma a questão

implementação das políticas públicas de saúde, reafirmando o entendimento da saúde como um direito coletivo e inalienável, em oposição à sua mercantilização ou caracterização como benevolência da agenda governamental.

Após o período da Ditadura Militar (1964-1985), a política de saúde brasileira encontrava-se defasada e estruturalmente excludente, marcada pela ascensão dos planos privados de saúde e pela restrição da cobertura à medicina previdenciária. Como fator marcante da época, o mecanismo de privatização ecoava – perante as massas dominantes – como uma alternativa emblemática do desenvolvimentismo conservador.

Por outro lado, a consciência sanitária acerca da realidade nacional atravessava distintos segmentos sociais, entre eles os profissionais de saúde, intelectuais vinculados ao meio acadêmico, partidos políticos de oposição e os próprios integrantes do movimento sanitário que, de forma articulada, buscavam construir um projeto contra hegemônico centralizado em propostas democráticas de proteção social. Logo, necessitava-se do protagonismo do Estado como agente transformador e regulador, comprometido com a construção de um sistema que não apenas amparasse os trabalhadores formais, mas que se estruturasse de forma universal, garantindo o acesso equitativo à saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal, representou um divisor de águas na história da saúde pública brasileira ao inaugurar a efetiva participação popular em um espaço de debate institucionalizado.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento.

das alianças de classes como central; outro, que destaca o partido político como intelectual coletivo, ao qual é atribuída a tarefa de estabelecer o nexos entre intelectuais e massa, cultura científica e cultura popular, no sentido da construção de uma vontade coletiva nacional popular, ou seja, da constituição das classes subalternas como sujeitos da ação histórica; e em terceiro, que examina o processo de construção da hegemonia como reforma intelectual e moral, ou seja, como construção de uma nova cultura” (Cardoso, 1995, p. 78).

A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2006, p. 9).

Segundo Rodriguez Neto (2019), embora a 8ª CNS tenha representado um marco de participação da sociedade civil, ela não conseguiu “expressar todo o movimento social” (Rodriguez Neto, 2019, p. 98) em virtude da interferência dos representantes da iniciativa privada e da prática liberal, que se opuseram às deliberações voltadas à exclusão dos interesses mercantis e à estatização imediata, conforme defendido pelo movimento sindical vinculado à Central Única dos Trabalhadores⁵ (CUT). Dessa forma, as conclusões da 8ª Conferência foram sistematizadas pelo movimento sanitário como uma proposta para Constituinte, apresentadas no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e posteriormente revisadas na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS).

Contudo, é interessante ressaltar, para fins deste trabalho, que desde as etapas iniciais de sua formulação até a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), essas ponderações enfrentaram resistência e influência do setor privatista, configurando-se como uma disputa estruturante que condicionou o processo de construção do modelo de saúde pública, principalmente no que concerne ao financiamento do setor.

1. 1.2 Saúde a partir da Constituição Federal de 1988

Pode-se interpretar a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) como um “caldeirão” polarizado de interesses conflitantes, especialmente no que se refere aos caminhos possíveis para o sistema público de saúde. Concomitante ao fervor das Diretas Já⁶, o clamor pela redemocratização do Brasil reivindicava uma nova Carta com transformações profundas e uma reestruturação da sociedade, a fim de superar os cerceamentos de direitos oriundos do autoritarismo conservador.

Embora não tenha constado uma participação direta da população, o evento contou com a presença ativa dos representantes do movimento da Reforma Sanitária que lutaram pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual correspondesse às reais necessidades do povo brasileiro. A proposta abrangia a consideração dos determinantes e

⁵ “A Central Única dos Trabalhadores (CUT) é uma organização sindical brasileira de massas, em nível máximo, de caráter classista, autônomo e democrático, cujo compromisso é a defesa dos interesses imediatos e históricos da classe trabalhadora” Central Única dos Trabalhadores. Breve histórico. Disponível em: <https://www.cut.org.br/conteudo/breve-historico>. Acesso em: 20/01/2025.

⁶ Durante o processo de redemocratização, o movimento popular Diretas Já, ocorrido entre 1983 e 1984, exigia a realização de eleições diretas para a presidência da República.

condicionantes da saúde, a desvinculação do Sistema de Previdência Social – visando um financiamento autônomo –, a proibição da destinação dos recursos públicos para investimento no setor privado, além de reafirmar a responsabilidade do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde, alinhado ao novo modelo de organização democrática que estava em processo de substituição do antigo cenário político-jurídico nacional.

Vale ressaltar que o movimento sanitário, responsável por liderar as reivindicações pela criação do SUS, era formado predominantemente por intelectuais sanitaristas alinhados à esquerda no espectro político, embora também englobasse outros segmentos que, ainda que não pertencentes a esse espectro político, compartilhavam a defesa da saúde pública. Contudo, em oposição ao senso comum, o sistema público de saúde não emergiu como resultado direto de uma mobilização das massas populares, mas da articulação de setores especializados. Essa informação também se constitui útil para aprofundar a análise deste trabalho.

Paralelamente, o chamado “Centrão”⁷ alinhava-se aos princípios liberais e conservadores promovidos pela ala privatista – composto pelas redes de hospitais privados, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina – que viam na consolidação do sistema de saúde um cenário “fértil” para a expansão do sistema em caráter complementar. Sob esse viés, argumentava-se que seria inviável ao Estado garantir, de forma exclusiva, o direito à saúde, além de enfatizarem que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria restringir seus ditames ao setor público, isentando-se de qualquer regulação sobre a saúde privada, principalmente em determinações relacionadas ao financiamento. Conforme destaca Rodriguez Neto (2019, p. 104), “é interessante registrar que esses questionamentos serão os mesmos monotonamente feitos pelo setor privado, ao longo de todo processo Constituinte”.

Imerso nesse cenário controverso e permeado por tensionamentos, a promulgação da nova Constituição da República posicionou a política de saúde como integrante do tripé da seguridade social, juntamente com a assistência social e a previdência social. Ainda que o texto original tenha incorporado poucas alterações frente às demandas do

⁷ O termo designa uma coalizão de partidos de centro e centro-direita, cujas origens remontam, em grande parte, à Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido que sustentou a Ditadura Militar no Brasil e serviu de base para a reorganização das forças conservadoras no período da redemocratização.

Centrão, é necessário destacar que este grupo conseguiu introduzir aspectos relevantes na norma constitucional, as quais serão analisadas ao longo desse capítulo.

No caso brasileiro, a nova Constituição não é fruto de um processo revolucionário ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Mais que tudo, é quase uma “atualização” constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário/militarista pelo Estado de direito (Rodríguez Neto, 2019, p. 153).

Nesse cenário, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido para garantir ações e serviços de saúde à população brasileira por meio da descentralização entre os entes federativos e orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, regionalização, descentralização e participação da comunidade (Brasil, 1988), assegurando o direito à saúde sem qualquer forma de discriminação antes existente entre segurado e não segurado e trabalhador rural e trabalhador urbano. A partir desse contexto de declaração de direitos, a saúde afirmada como política pública passa a abranger os fatores estruturantes do povo brasileiro, reconhecendo o papel da pobreza, desemprego, falta de saneamento, habitação precária e alimentação inadequada e/ou insuficiente como condicionantes no processo de adoecimento.

Art 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade (Brasil, 1988).

O Artigo 197 determina o papel do Estado na tomada de decisões relacionadas à política de saúde, ao redigir que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil, 1988). A normativa sinaliza a conquista travada pelo movimento sanitário ao estabelecer a centralidade do Estado, ao mesmo tempo em que incorpora a proposição defendida pela corrente conservadora na Constituinte, a qual fez questão que se modificasse o Texto Constitucional, ao incorporar a participação de entidades empresariais na gestão e execução dos serviços. Com isso, este espaço foi reservado em caráter complementar, diferindo da perspectiva sugerida inicialmente, que atribuía ao setor privado um papel de caráter suplementar em subordinação à regulação e concessão do Poder Público.

No que tange ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a reivindicação do movimento social, anteriormente citado, pela separação do financiamento das demais políticas sociais não foi acatada. A Constituição Cidadã introduziu alterações nas contribuições anteriormente realizadas por empregados e empregadores, conforme o parágrafo 1º do Artigo 198, ampliando a responsabilidade para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e outras fontes. Bravo (2006) corrobora com a ideia de que as principais questões relacionadas ao financiamento foram deixadas indefinidas, sem a fixação de um percentual específico nos orçamentos de onde os recursos seriam provenientes. Dessa forma, o financiamento da saúde não foi especificado e legislado nas provisões constitucionais, e nem na Lei nº 8.080/1990, o que posteriormente seria complementado pela Lei nº 8.142/1990 – juntas, formam a Lei Orgânica da Saúde:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste

artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

O ponto de maior relevância para o objeto de estudo deste trabalho encontra-se no Artigo 199, como afirma Rodriguez Neto (2019, p. 151), é “onde começam os desvios, distorções e peculiaridades do processo”. Como mencionado anteriormente, a principal bandeira levantada pelo Centrão e pela ala conservadora refere-se à inserção da iniciativa privada na esfera da saúde, como será legitimado e demonstrado a seguir:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato direito público ou convênio, tendo preferência entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (Brasil, 1988).

Determina-se, assim, a coexistência de dois sistemas paralelos: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado de saúde, que, por sua vez, encontra “brechas” para integrar-se ao sistema público, inclusive como receptor de recursos provenientes do orçamento destinado à política de saúde. Embora o financiamento do SUS seja estabelecido a partir do orçamento da seguridade social, dos Estados e dos Municípios, não houve qualquer afirmativa legislada que assegurasse sua exclusividade. Com base nesse parâmetro, é datada uma informação de extrema relevância para o decorrer desse trabalho: é garantido um espaço para a iniciativa privada quando for decretado a insuficiência do sistema de saúde em efetuar suas ações e serviços para a população, transferindo sua responsabilidade de execução e administração a terceiros, sejam esses entes físicos ou jurídicos.

Consonante com Soares (2010), “a política social é, assim, espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes⁸ e das racionalidades em disputa no âmbito do Estado e da sociedade civil” (Soares, 2010,

⁸ O termo, conceituado por Karl Marx, é o resultado de conflitos entre as classes sociais consolidado pelo acesso desigual aos meios de produção; defende que as condições econômicas estruturam as relações sociais e impulsionam mudanças históricas, sendo a revolução proletária uma resposta as contradições da organização social capitalista.

p. 86). Para Faleiros (2008, p. 46), “As políticas sociais conduzidas pelo Estado capitalista representam um resultado da relação e do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. Elas são o resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais”.

Logo, o processo de elaboração e promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, especialmente no que tange à política de saúde, revela-se marcado por interesses antagônicos que disputavam espaço para consolidar os próprios objetivos. Apesar das diretrizes constitucionais carregarem um teor progressista e democrático, fruto da influência de representações populares, é possível identificar lacunas intencionais que, posteriormente, serão instrumentalizadas pelos grupos dirigentes, especialmente com a ascensão do neoliberalismo na década seguinte, como será abordado no próximo subcapítulo.

1. 1.3 Saúde em contexto de austeridade fiscal

A análise a partir da década de 1990 revela fenômenos históricos, políticos e econômicos de proeminente importância para uma compreensão aprofundada e integrada deste trabalho. A política de saúde, nesse cenário, foi atravessada por caminhos e impasses que só podem ser plenamente compreendidos quando associados às características fundantes da corrente neoliberal, que se consolidou no Brasil e moldou as diretrizes das políticas sociais. O neoliberalismo, ao se enraizar no território brasileiro, estabeleceu um conjunto de “regras do jogo” que redefiniu os percursos das políticas sociais, promovendo privatizações, ajustes fiscais, projetos de contrarreforma (Behring, 2003) e um redirecionamento no papel do Estado.

O fundo público, conforme discutido por Salvador (2020), torna-se estrategicamente vulnerável às investidas do grande capital, sendo paulatinamente instrumentalizado nas recorrentes tentativas de desfinanciamento e subfinanciamento do SUS. No desenvolvimento deste trabalho, será dedicado um capítulo inteiro para aprofundar essa temática, abordando as implicações estruturais deste processo de sucateamento do SUS, com destaque para o papel do fundo público na manutenção das desigualdades no acesso à saúde e nos tensionamentos de classe.

Dado o exposto, a estatização progressiva na política de saúde representava uma proposta diametralmente oposta à corrente dominante que se consolidava naquele período. Conforme Bravo (2006), o discurso à época defendia a superação do modelo de

administração pública caracterizado pela burocracia, substituindo-o por um paradigma gerencial fundamentado na “descentralização, eficiência, controle de resultados, redução dos custos e produtividade”. Não surpreendentemente, tal realidade apenas se concretizaria mediante a transferência de atividades da esfera pública para a esfera privada, subordinando-as, assim, às leis de mercado (Pereira, 2005), em razão de que o Estado era o maior responsável pela realidade de crises econômicas e pela morosidade dos processos que o país enfrentava. A privatização também foi defendida como mecanismo capaz de atrair capitais, reduzir as dívidas externa e interna, diminuir preços ao consumidor e elevar a qualidade dos serviços ofertados (Behring, Boschetti, 2011).

Esse cenário descrito acima ganha contornos definitivos no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e a formulação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), também conhecido como reforma gerencial, que formalizou a reorganização estatal alinhada ao projeto neoliberal vigente. Alguns anos antes, em 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) 29, que, no âmbito da saúde, determinou que os Estados deveriam destinar 12% e os Municípios 15% de suas receitas líquidas⁹ para ações e serviços de saúde, apesar de que seu processo de regulamentação demorou mais de uma década para de fato ser implementado.

O SUS, nesse quadro, ficava disposto à contenção de gastos, começando a se materializar conforme sua configuração atual, como um sistema de saúde sucateado e receptor majoritariamente da população mais pobre. Ou seja, aproximando-se da saúde pública do período autoritário (1964-1985), o Estado passa a ofertar apenas o mínimo para aqueles que não possuíam condições de financiar a saúde privada, conforme Soares (2010, p. 88): “uma política pobre para os pobres”.

Nesse contexto, os espaços de participação popular, como Conselhos e Conferências de Saúde, embora fundamentais para o controle social, enfrentam crescente burocratização e perda de protagonismo, tornando ainda mais desafiadora a luta por um sistema de saúde público universal e de qualidade, capaz de atender às necessidades da população brasileira.

⁹ É a soma das receitas correntes arrecadadas por um ente público, excluídas as deduções obrigatórias, sendo utilizada como base de cálculo para limites fiscais, conforme estabelecido pela LRF; é composta por diversas fontes de arrecadação: impostos, contribuições, taxas, e etc.

Com este transformismo gradual, esses espaços tornaram-se mais burocráticos, com perda do seu caráter deliberativo, fiscalizador e propositivo (antes mesmo de conquistar efetivamente este caráter). As pautas desses espaços parecem ser cada vez mais setoriais e locais, com toda relevância que esses temas possuem, mas o caráter conflitivo e de disputas pela direção política e econômica dos serviços públicos apequenou-se. Nesse cenário, o predomínio das posturas aliancistas de cooperação, de pactuação e de consenso subalternizam os interesses do trabalho, em prol de sua substituição pela retórica do bem comum, da justiça social, do progresso, da governabilidade e da modernização (Oliveira, Kruger, 2018, p. 8).

Estes mecanismos de sucateamento, desfinanciamento e subfinanciamento, aliados às “brechas” presentes na CF de 1988, configuram um terreno propício para a consolidação de um modelo de saúde mercantilizado no contexto do capitalismo financeirizado¹⁰. O cenário em questão ocasiona o avanço das lógicas privatistas em detrimento do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), inviabilizando sua universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade.

Behring e Boschetti (2011) articulam que essa sistematização de contrarreforma do aparato estatal é adaptada em consonância com os interesses do capital estrangeiro, que transitou livremente nas políticas sociais, deparando-se com mínimas barreiras ou regulamentações que limitassem sua atuação. Tal configuração expressa, de forma concreta, a inserção do país no capitalismo dependente, amplamente debatido no escopo da Teoria Marxista da Dependência¹¹ (TMD), que ressalta a subordinação estrutural das economias periféricas aos interesses do capital internacional, perpetuando assimetrias de poder e aprofundando a vulnerabilidade econômica e social da nação, como será aprofundando a seguir.

Em contraponto às idealizações de expressivas melhorias no contexto brasileiro, a realidade concreta revelou um cenário distinto. As constantes privatizações, conduzidas de maneira pragmática e orientadas pelos interesses das classes dominantes, resultaram em desemprego em larga escala, impulsionado por demissões em massa, elevação dos preços e redução do poder aquisitivo da classe trabalhadora, além do enfraquecimento

¹⁰ Centralidade das finanças no processo de acumulação de capital; há a centralidade do capital fictício, que abarca valores que se materializam na circulação de instrumentos especulativos, como títulos, ações, derivativos e outros.

¹¹ “(...), é a partir de então que se configura a dependência, entendida como uma relação de subordinação entre as nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência.” (Marini, 2000, p. 109).

dos direitos laborais e da crescente precarização das relações de trabalho. Somado a isso, a ascensão das Organizações Sociais (OS) e a legitimação do terceiro setor na condução das políticas sociais, particularmente na política de saúde – Organizações Sociais da Saúde (OSS) –, evidenciam a submissão do Estado às hegemonias econômicas e políticas burguesas. Dessa maneira, esse processo não apenas representa um retrocesso em relação aos avanços conquistados na CF de 1988, mas também opera como um mecanismo dissimulado de apropriação dessas políticas, mascarando a transferência de suas responsabilidades para a esfera privada. Nesse contexto, Behring e Boschetti (2011) destacam:

A essa nova arquitetura institucional na área social – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou com o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário e não-remunerado (Behring, Boschetti, 2011, p. 154).

O Sistema Único de Saúde (SUS), submetido ao ajuste neoliberal que permite o escoamento de seus recursos para esquemas privados, passa a enfrentar um cenário de desmonte. A precariedade revela-se na insuficiência de profissionais para atender à demanda, nas longas filas de espera, na falta de leitos e medicamentos, na baixa qualidade dos serviços e no acesso focalizado às camadas mais empobrecidas da população. Em tão pouco tempo após sua criação, essa política pública começa a perder seu caráter de direito, e, progressivamente, se transforma em um campo de maximização da lucratividade do capital (Soares, 2010). O cidadão brasileiro, enquanto sujeito pleno de direitos e contribuinte do financiamento dessa política, vê-se privado da sensação de pertencimento, sendo paulatinamente colocado na posição de cliente.

Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, pelo Partido dos Trabalhadores (PT), em 2002, consolidou-se uma expectativa coletiva voltada para a ampliação das políticas sociais e a implementação de ações e programas que refletissem os princípios defendidos pelo projeto da Reforma Sanitária (Soares, 2010). No entanto, o que se observou foi uma política de conciliação entre polos opostos, marcada por discursos progressistas que coexistiam com a continuidade da prática neoliberal, sobretudo no que diz respeito ao desfinanciamento (Bravo, 2006). A focalização precarizada tornou-se objeto de severas críticas, sobretudo por parte de militantes de esquerda que, ao nutrirem expectativas de mudanças estruturais durante o governo Lula, almejaram um cenário favorável para a implementação de reformas estruturais alinhadas aos ideais da Reforma Sanitária. No

entanto, o que se observou foi a manutenção de um modelo de execução conservador da política de saúde que reforçava a segmentação do SUS como um sistema voltado para as camadas mais empobrecidas da população, configurando uma violação aos princípios constitucionais do sistema único.

Soares (2010) analisa que, a partir desse momento, passam a conviver três projetos em constante disputa no campo da política de saúde: o modelo promovido pela iniciativa privada, o ideal defendido pela Reforma Sanitária e o denominado “SUS possível”, uma versão moldada pelas restrições orçamentárias e pela lógica neoliberal que predominava no meio político. Pode-se dizer que essa configuração resultou no “desencanto” por parte dos defensores da Reforma Sanitária e na fragmentação do movimento em sua radicalidade, enfraquecendo sua coesão.

O governo Michel Temer, assumido com *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, de orientação neoliberal e conversador e alinhado à direita no espectro político, agravaram os danos à política de saúde, intensificando os processos vinculados à política fiscal¹² e às medidas de austeridade, com destaque para a Emenda Constitucional (EC) 95, a qual estabeleceu um Teto de Gastos, corrigido exclusivamente pela inflação do ano anterior, e ultrapassou os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal¹³ (LRF) ao impor um congelamento de despesas por 20 anos. Salvador (2020) caracteriza a austeridade como o ápice do ajuste fiscal, sendo a EC 95 sua expressão mais emblemática. A institucionalização desse Novo Regime Fiscal (NRF), por meio de uma Emenda Constitucional, ressalta-se como uma estratégia destinada a desvincular os gastos obrigatórios com a saúde e educação. Caso esse não fosse o objetivo central, a tramitação por meio de emenda não se faria necessária, demonstrando uma intenção subjacente de promover o subfinanciamento desses investimentos (Rossi, Dweck, 2016) destinados à população, subtraindo-se principalmente da saúde.

Finalmente, a crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19, em 2020, evidenciou de forma contundente o descaso do Poder Público com a política de saúde, refletido na realidade precária em que SUS se encontrou. A resposta inicial do governo de Jair Bolsonaro foi marcada por uma abordagem negacionista, que subestimou a

¹² A política fiscal abrange as medidas do Estado para arrecadar receitas e alocar despesas públicas, expondo as tensões entre classes sociais na distribuição dos recursos; atua como um instrumento de mediação de interesses, reforçando as condições para a manutenção do sistema capitalista.

¹³ Lei complementar nº 101 que estabelece normas de finanças públicas voltadas para responsabilidade na gestão fiscal.

gravidade da crise de saúde pública e retardou a adoção de medidas convenientes para a proteção da população, como a possibilidade de compra antecipada de vacinas. Além disso, o MS enfrentou sucessivas trocas de liderança, comprometendo a coordenação e a execução de políticas públicas de saúde. O cenário resultou em índices alarmantes de mortalidade, enquanto os profissionais de saúde enfrentaram jornadas extenuantes, condições de trabalho marcadas pela superexploração, carência de instrumentos adequados e infraestruturas profundamente precárias.

Capítulo 2: A análise da política de saúde no Distrito Federal

2.1 Histórico da política de saúde no DF

De forma a iniciar esse capítulo, faz-se necessário exaltar, ainda que de forma breve, os aspectos históricos e políticos que envolveram a criação da atual capital brasileira, Brasília, situada no cerrado do Planalto Central, no Distrito Federal (DF). A transferência da capital, anteriormente situada no Rio de Janeiro, para a nova cidade integrava o ambicioso Plano de Metas¹⁴ de Juscelino Kubitschek (JK), sendo notável que sua construção e inauguração ocorreram em menos de quatro anos. Contudo, como retratado no documentário “Conterrâneos Velhos de Guerra” de Vladimir Carvalho¹⁵, a concretização desse marco só foi possível graças à utilização massiva de mão de obra vinda de diversas partes do território nacional, especialmente da região Nordeste. Esses trabalhadores migraram em busca de promessas de emprego qualificado e melhores condições de vida, abandonando seus lares, suas famílias e comunidades.

Entretanto, a realidade por trás da rápida construção da capital foi definida pela superexploração dos operários, que enfrentaram jornadas de trabalho extenuantes e condições precárias de trabalho, a fim da obtenção da mais-valia¹⁶. Sem qualquer suporte

¹⁴ Propunha acelerar o desenvolvimento do Brasil com o lema “Cinquenta anos em cinco”; resultou no aumento da dívida externa e interna.

¹⁵ Foi um intelectual, professor da Universidade de Brasília (UnB) e cineasta, também reconhecido por sua resistência durante a ditadura militar. Natural da Paraíba, chegou à UnB nos anos 1960 e se destacou pela defesa de um ensino libertário, especialmente nas artes. Enfrentou perseguições durante o regime militar, mas se manteve firme na luta pela autonomia universitária e pela liberdade de pensamento, sendo uma figura central na resistência intelectual e política da UnB.

¹⁶ É o trabalho, gerado pelo trabalhador, apropriado pelo capitalista. “Em 20 lb de fio se acham materializados cinco dias de trabalho, quatro no algodão e nas agulhas consumidas, um absorvido pelo algodão durante o processo de fiação. Ora, a expressão em dinheiro de cinco dias de trabalho é, pois, de 30 xelins. Tal é, pois, o preço de 20 lb de fio. Tanto antes como depois, a libra de fio vale 1 xelim e 6 pence. Mas a soma dos valores de mercadorias utilizadas no processo é de 27 xelins. O valor do fio é de 30 xelins. O valor do produto está aumentado de 1/9 sobre o valor empregado para sua produção. Assim, 27 xelins converteram-se em 30 xelins e criaram uma mais-valia de 3 xelins. A coisa aí está”. (Marx, 2018, p. 26).

que lhes garantisse descanso adequado ou alimentação digna, esses trabalhadores foram submetidos a uma realidade de adoecimentos e óbitos pelas condições de vida que encontraram. Com a inauguração de Brasília, essas massas operárias foram violentamente removidas do centro da cidade, por meio da coerção estatal, e relegadas às regiões periféricas. Assim, torna-se evidente que o propósito da nova capital era atender aos interesses dos servidores públicos de alto escalão oriundos do Rio de Janeiro, enquanto os candangos, desprovidos de alternativas, foram deixados em situação de exclusão e vulnerabilidade.

Em consonância com esse contexto, a política de saúde do Distrito Federal desenvolve-se paralelamente aos desafios e limitações herdados desde sua concepção, incluindo questões relacionadas ao cumprimento do princípio da universalidade. Conforme destacam Gottems et al. (2019), dois planos anteriores à Constituição Federal de 1988 exerceram, e ainda exercem, papel significativo na estruturação da saúde no Distrito Federal: o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília de 1960, conhecido como Plano Bandeira de Mello, e o Plano de Assistência à Saúde de 1979, formulado por Jofran Frejat.

O primeiro plano tinha como objetivo organizar os serviços de saúde no DF, promovendo a separação dos órgãos executivos e normativos por meio da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF). Entre seus pilares destacavam-se a eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais, a redução dos custos e o aumento da eficiência dos serviços, além da possibilidade de oferecer atendimento médico a pacientes particulares. Nesse sentido, o planejamento da saúde delineado pelo plano enfatizava a construção de hospitais, sobretudo de alta complexidade, culminando na inauguração do Hospital de Base do DF no mesmo ano de implementação do plano. Como consequência desse projeto, foram construídos seis hospitais: o Hospital de Base (HBDF) em 1960, Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) em 1966, Hospital Regional do Gama (HRG) em 1967, Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ) em 1976 (Gottems et al., 2019).

O que observamos, com esse primeiro plano, é a continuidade do que foi posto no Brasil nas décadas de 1960 até o final da década de 1970. Mesmo sendo estruturado para ser abrangente para a população local, por meio da instauração de unidades de saúde e especialidades médicas variadas, o fato é que o cenário brasileiro era de uma saúde voltada a medicina curativa, que focava majoritariamente no âmbito hospitalar,

os atendimentos e o setor público repassavam recursos para o setor privado executar os serviços, que eram direcionados para uma parcela específica da população que estava inserida no mercado de trabalho. A lógica do capital prevalecia no setor de saúde brasileiro e reverberou também no DF, grande parte do plano não foi posto em prática e o que conseguiu ser materializado correspondia a média e alta complexidade (Santos, 2022, p. 69).

Em contrapartida, o segundo plano, implementado em 1979, inspirou-se nos ideais da Conferência de Alma Ata¹⁷, realizada 1978. Com essa perspectiva, buscava-se repensar o enfoque hospitalocêntrico predominante no DF, permitindo que a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhasse maior relevância. Essa nova abordagem valorizava um modelo de cuidado integral, voltado tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de agravos, priorizando ações comunitárias e descentralizadas. Sob o escopo desse planejamento, foram construídas pelo menos sessenta Unidades Básicas de Saúde (UBS), além dos seguintes hospitais: Hospital Regional de Sobradinho (HRS) em 1980, Hospital Regional de Ceilândia (HRC) em 1981, Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em 1984, Hospital Regional de Planaltina (HRPL) em 1987, Hospital Regional do Guará (HRGU) em 1992, Hospital de Apoio de Brasília (HAB) em 1994 e o Instituto de Saúde Mental em 1987. Somado a isso, também houve a expansão da contratação de profissionais de saúde e no número das ofertas de serviços, o que melhorou os indicadores de mortalidade infantil e materna (Gottens et al., 2019).

A partir de meados da década de 1990, destaca-se a inserção do Programa Saúde em Casa (PSC), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), como reflexo das investidas mencionadas anteriormente na Atenção Primária à Saúde. Nesse mesmo período, é extremamente relevante mencionar a criação do Instituto Candango de Solidariedade (ICS), presidido pela então primeira dama do DF, representando a burguesia brasiliense. Essa entidade, de caráter não governamental, foi pioneira ao assumir autonomia nas questões relacionadas à infraestrutura física, à instalação das equipes e à contratação dos profissionais de saúde (Gottens et al., 2019). A legitimação das entidades não governamentais à frente dos trâmites relacionados à saúde pública constitui um dos pontos centrais no desenvolvimento deste trabalho, sendo analisada como parte do processo de contrarreforma na saúde, tema que será aprofundado ao longo da discussão.

¹⁷ Conferência que enfatizou a importância da atenção primária à saúde como um meio de garantir o acesso universal à saúde, alcançando a equidade e justiça social e considerando os determinantes sociais da saúde.

Em 2000, a FHDF foi extinta, sendo sucedida pela criação da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que passou a ser responsável pelas funções administrativas anteriormente desempenhadas pela FHDF, assumindo a gestão integral dos serviços de saúde no DF até os dias atuais. Na primeira década do novo milênio, merece destaque a experiência do serviço público de saúde do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) sob os ditames de uma Organização Social de Saúde (OSS), mais precisamente pela Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB). Segundo o estudo destes autores, “essa experiência foi objeto de análise e não se mostrou vantajosa do ponto de vista de redução de custos, com grandes dificuldades no processo de monitoramento da execução do contrato (...)” (Gottems et al., 2019, p. 2001), o que resultou na interrupção da OSS após apenas um ano em vigor.

A participação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão da saúde pública do Distrito Federal consolidou-se nos anos seguintes, com destaque para a parceria público-privado entre a SES/DF e o Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE). Essa organização social, criada pela Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias (ABRACE), foi responsável por gerir o Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) durante o mandato de José Roberto Arruda (2007-2010).

A inserção do terceiro setor ou organizações da sociedade civil de interesse público (Iamamoto, 2006) nesse contexto evidencia a privatização da saúde pública e, conforme debatido no capítulo anterior, aprofunda a subordinação das funções e responsabilidades do setor público aos interesses neoliberais. Ou seja, sua orientação não prioriza o interesse público, mas sim os interesses particulares dos grupos hegemônicos e de específicos segmentos sociais. Desde sua concepção, a organização da saúde no DF reflete essas articulações, que comprometem a estruturação de uma proteção social inclusiva e equitativa. Behring (2008) complementa que a transferência da gestão e dos recursos públicos para essas entidades está intrinsecamente ligada aos interesses do capital, mascarados como soluções ditas como eficazes.

De acordo com Santos (2022), durante o período de governança de José Roberto Arruda (2007-2010) filiado ao partido Democratas (DEM), o panorama federal se caracterizava por políticas mais progressistas e sociais impulsionadas pelos primeiros mandatos do presidente Lula. Em contraponto, o contexto do DF, sob a liderança do referido governador, destoava dessa perspectiva, alinhando-se a um discurso que

ênfatizava a “renúncia fiscal e baixa taxas de juros” (Brasília, 2009, p.9) como pilares do projeto desenvolvimentista da capital. Posteriormente, sob o governo de Agnelo Queiroz (2011-2015), do Partido dos Trabalhadores (PT), observou-se uma tentativa de alinhar-se a uma política de caráter mais progressista e planejada no âmbito da saúde pública. Ainda que comparativamente tenha avançado em relação a gestões anteriores, sua administração também foi marcada por controvérsias neoliberais e por alianças com instituições privadas inerentes ao modelo empresarial.

Para encerrar esse subcapítulo, observa-se que o governo de Rodrigo Rollemberg (2015-2019), do Partido Socialista Brasileiro (PSB), incorporou o programa de saúde Brasília Saudável, com algumas conclusões sobre a gestão de saúde do DF. Segundo sua análise, a ineficácia e morosidade do SUS/DF eram atribuídas à burocracia inerente à contratação de profissionais pelo Poder Público via concursos públicos (Brasília, 2016). Como solução, propôs a continuidade e ampliação do processo de terceirização de funcionários, além do repasse das responsabilidades do HBDF para o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES/DF), classificado como um Serviço Social Autônomo¹⁸ (SSA).

Além disso, o governo Rollemberg atribuía à baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) a recorrente utilização dos serviços hospitalares de pronto-socorro e emergência como “porta de entrada” pelos usuários. Por fim, destacava as condições precárias das estruturas físicas existentes, consideradas inadequadas e sem ambiência para oferecer o atendimento preconizado pelo SUS. Essa situação foi agravada pela limitação de recursos orçamentários destinados à reforma e construção de novas unidades, comprometidos pelas “demandas financeiras” decorrentes da realização da Copa do Mundo no território brasileiro em 2014 (Santos, 2022).

2.2 A política de saúde no governo Ibaneis Rocha (2019-2023)

Este subcapítulo dedica-se à análise do governo Ibaneis Rocha, filiado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), com foco em suas principais diretrizes e orientações políticas no campo da saúde pública, estabelecendo fundamentos para o capítulo subsequente, que abordará sua postura orçamentária e a alocação de recursos públicos.

¹⁸ Entidades privadas sem fins lucrativos quem atuam em áreas de interesse público.

Desde o início de seu mandato, o governador alinhou-se ao ideário do Estado neoliberal na esfera da política de saúde, caracterizada pela “adaptação passiva à lógica do capital” (Behring, Boschetti, 2011), introduzindo uma gestão marcada pelo gerencialismo e pela subordinação das necessidades sociais aos interesses mercadológicos. “As tomadas de decisão passam a ser pensadas com base nas finanças, e esse processo não se dá exclusivamente por meio do setor privado, mas também pela tomada de decisão do Estado” (Santos, 2022, p. 123).

No início de seu mandato, foi lançado o Plano Estratégico 2019-2060, de caráter orientador, que estabeleceu a saúde, a educação e a segurança como políticas centrais do DF. O plano, de longo prazo, tem como objetivo direcionar as ações governamentais, independentemente das mudanças de gestão, ao longo de 41 anos. É explícito e objetivo na estruturação, especialmente no que tange ao vocabulário adotado, o seu caráter empresarial. Um exemplo disso é a forma como a sociedade é diretamente denominada de “clientes”: “A cadeia de valor representa as atividades realizadas pela organização para entrar resultados aos seus clientes, que, para as organizações públicas, são a própria sociedade” (Brasília, 2019, p. 22). Dessa forma, solidifica-se a formatação de um Estado neoliberal que categoriza seus cidadãos não como titulares de direitos das políticas públicas sociais, mas como consumidores responsáveis por sua própria meritocracia.

Na escala em que se implementam medidas públicas para enfrentar as refrações da “questão social”, a permanência das suas sequelas é deslocada para o espaço da responsabilidade dos sujeitos individuais que as experimentam (Netto, 2009, p. 36).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, o objetivo do plano se fundamenta no incremento do uso de novas tecnologias, com foco na eficiência, incluindo a informatização da prestação de serviços públicos por meio de aplicativos móveis. A premissa subjacente a essa estratégica é que uma parcela majoritária da população do DF possui telefones e acesso à internet para utilizar tais serviços. No entanto, como aponta o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, elaborado pela mesma gestão, a composição demográfica da população brasiliense está se direcionando para uma maior predominância de idosos, o que soa contraditório, considerando que a utilização de tecnologias digitais pode não ser o meio mais adequado para atender essa faixa etária.

Em seguida é declarado que “a metodologia estabelecida para o processo do planejamento estratégico inovou, ao aplicar, no setor público, conceitos de planejamento antes utilizados tão somente no setor privado” (Brasília, 2019, p. 20). Em termos da

política de saúde, o documento enfatiza que a privatização na gestão é de extrema relevância para superação dos problemas estruturais do SUS, seguido da afirmação “de maior participação da iniciativa privada, via concessões e Parcerias Público-Privadas (PPP), na prestação de serviços, em especial nas escolas, hospitais (...); há a tendência de presença do setor privado na seleção de cargos e funções de alta complexidade nos governos; ” (Brasília, 2019, p. 42).

Pereira (2008) destrincha que a política social, inserida no sistema capitalista contemporâneo, apresenta-se, e de certo modo configura-se, como um instrumento de legitimação dos direitos sociais de cidadania, ao mesmo em que é condicionada pelos interesses daqueles que a controlam. Ou seja, na materialidade do neoliberalismo, aqueles que detém os meios de produção e uma fração da hegemonia dominante. Faleiros (2008) contextualiza que o Estado – nesse cenário – deve assegurar um mínimo, sem afetar as condições de funcionamento do mercado.

A trajetória do Governo do Distrito Federal (GDF), sob a gestão do filiado ao MDB, notabiliza, ao longo de sua condução política, uma aliança consolidada com os grandes representantes de esquemas privados, o que reconhece na atenção especializada um setor de elevada rentabilidade para os interesses do capital, permitindo concessões para essa categoria. Apesar do PPA 2020-2023 discorrer sobre a importância da APS como “porta de entrada” para o digno funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), as práticas governamentais revelam uma priorização das redes de urgência e emergência e, conseqüentemente, da assistência médico-hospitalar. Santos (2022) aponta o caráter regressivo desse modelo, que remonta, como mencionando anteriormente, aos primórdios da política de saúde, marcados pela predominância da medicina curativa e hospitalocêntrica – uma realidade que, lamentavelmente, orienta os rumos da saúde no DF.

A proposta promovida por esse Estado liberal para mitigar as precariedades que marcam o contexto atual do DF, tais como a escassez de medicamentos, a formação de longas filas de espera, a carência de profissionais de saúde e a lentidão nos atendimentos, optou pela ampliação generalizada de organismos privados na gestão pública da saúde, com o IGES/DF, uma política já implementada em gestões anteriores, sendo expandido de maneira brutal. À frente da administração de Ibaneis Rocha, essa lógica privatista foi estendida a todas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da região brasiliense (Gottens et al., 2019), consolidando a concepção contrarreformista (Behring, Boschetti,

2011) neste setor, fortalecida pelas “racionalidades burguesas” (Bravo et al., 2019), que priorizam a acumulação de capital em detrimento do funcionamento do sistema público, aprofundando sua precarização e expondo a classe operária a condições degradantes de trabalho. Com a regulamentação do terceiro setor à frente dos serviços, elimina-se a obrigatoriedade da contratação via concursos públicos, resultando na contenção da admissão de profissionais, o que intensifica o sucateamento do SUS/DF.

O PPA 2020-2023 apresenta um levantamento percentual sobre a distribuição das populações usuárias do SUS nas diferentes Regiões Administrativas (RAs) do DF. O documento destaca que “enquanto que na Região Oeste, que é composta por apenas duas RAs (Ceilândia e Brazlândia), 81,7% (389.168) da população é usuária do SUS, na Região Central (Plano Piloto, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão) esse percentual é inferior a 20%. Outro exemplo é que em algumas regiões administrativas, como o Varjão e a SCIA/Estrutural, o percentual de usuários do SUS ultrapassa 90%, enquanto que no Sudoeste/Octogonal esse percentual é inferior a 10%” (Brasília, 2020, p. 23). Essa análise mostra a desigualdade no acesso à saúde. As regiões habitadas pela classe média e alta são amplamente atendidas por planos de saúde privados, enquanto as regiões periféricas dependem integralmente do sistema público de saúde.

Desse modo, a discussão corrobora com a análise de que o objetivo das classes dominantes não é extinguir as políticas sociais, mas submetê-las a um processo sistemático de desmonte e sucateamento. No campo da política de saúde, observa-se a tentativa de apresentar o SUS como incapaz de ser gerido pelo Estado, legitimando seu repasse à iniciativa privada. Esse movimento favorece os interesses dos detentores do grande capital, transformando as políticas públicas em mercados lucrativos que atendem prioritariamente às demandas econômicas e passam a ofertar condições mínimas de assistência para as camadas mais pobres da população que não podem pagar pelo atendimento privado.

Na estruturação do PPA, a missão é definida como “garantir a dignidade de seus habitantes e ser acolhedora aos seus visitantes”. Nesse sentido, destaca-se a relevância da Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE), configurada como região metropolitana composta majoritariamente por municípios de Goiás e, em menor número, por municípios de Minas Gerais. No entanto, em evidente contradição com a missão estabelecida, durante a crise sanitária da Covid-19, o governador promulgou um

decreto que vedava o atendimento nos hospitais do DF a pacientes residentes da região do Entorno¹⁹.

A referente informação remete ao contexto histórico delineado no início do subcapítulo 2.1, com base no documentário de Vladimir Carvalho, que esclarece a exclusão intencional da classe trabalhadora pelo Estado, relegando-a a localidades periféricas, muitas delas integrantes da RIDE que funcionam como “cidades-dormitórios”²⁰. Assim, além de serem sistematicamente alijados do acesso pleno à cidade, os trabalhadores foram impedidos de usufruir dos serviços da rede pública de saúde em um dos momentos mais críticos da história, enquanto, cotidianamente, contribuem para a economia do DF, sobretudo por meio da prestação de serviços.

Durante o período pandêmico, o GDF posicionou-se como apoiador das medidas adotadas pelo Poder Executivo Federal, sob a gestão de Jair Bolsonaro, cuja condução foi caracterizada como negligente e por tamanho desgoverno em relação à saúde pública. Embora as controvérsias envolvendo as ações federais exijam uma análise detalhada, que por si só demandariam um capítulo inteiro, este capítulo finalizar-se-á com a análise das condutas distritais nesse período.

Dessa maneira, a política de Ibaneis Rocha revelou-se omissa diante das necessidades urgentes da capital federal para assegurar a devida proteção e segurança à população. Conforme destacado pelo deputado Distrital e assistente social Fábio Félix (PSOL), em uma *live* promovida pelo Comitê UnB pela Vacinação, “tínhamos apenas 2,5 mil doses para um público de quase 18 mil pessoas e poucos pontos de vacinação, a maior parte deles apenas acessível de carro, o que ainda exclui as pessoas que mais precisam da vacina”. Também, o *lockdown*²¹ implementado foi extremamente permissivo, com a classe trabalhadora obrigada a manter suas atividades, o que resultou em deslocamentos diários em transportes públicos lotados e, conseqüentemente, na maior exposição à transmissão do vírus, que se propagou em diversas variantes e recrudescer os casos de contaminação no DF.

¹⁹ Regiões dependentes economicamente de Brasília; compõem a RIDE.

²⁰ O termo refere-se às regiões administrativas do Distrito Federal, bem como às cidades do entorno que integram a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Nessas localidades, a maior parte da população residente desloca-se diariamente para o centro da capital para o trabalho, retornando às suas residências predominantemente para pernoitar.

²¹ Restrição de circulação de pessoas.

Portanto, é inegável que a gestão de Ibaneis Rocha se omitiu frente à segurança sanitária da população do DF, que enfrentou todas as ondas da Covid-19 em meio a um quadro de completo despreparo e negligência. Em um contexto de emergência sanitária, a política de saúde do DF foi assinalada pela ausência de planejamento e pelo abandono governamental e, como resultado, os altos índices de adoecimentos e óbitos. A realidade se configurou em um cenário de caos, caracterizado pela falta de equipamentos, longas filas e a escassez de profissionais capacitados para lidar com a magnitude da demanda, o que culminou em uma sobrecarga insustentável, tanto para o sistema de saúde quanto para os profissionais que, apesar das condições intangíveis de trabalho, contribuíram significativamente para a saúde da população e pela melhoria do quadro epidemiológico.

Em síntese, a política aplicada pelo governo Ibaneis reflete um descompromisso com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo com as classes hegemônicas e empresarias, que, no contexto do neoliberalismo, percebem na rede pública um espaço lucrativo de faturamento. Alicerçada em uma lógica mercantil, essa orientação política compromete a qualidade e a universalidade do atendimento à população, sucateando os serviços públicos e ofertando-o às camadas mais pobres da sociedade. A análise detalhada dessa prática será aprofundada nos dados apresentados no capítulo seguinte, onde se evidenciarão as implicações dessa política para o sistema de saúde do Distrito Federal.

Capítulo 3: Fundo público e o financiamento da política de saúde

3.1 A teoria acerca do fundo público

Para a devida compreensão do financiamento da política nacional de saúde, é fundamental compreender a manutenção do fundo público sob a ótica da economia política, tendo em vista todo o debate já desenvolvido neste trabalho, no qual a política social se apresenta intrinsecamente inscrita à política econômica. Sob a égide da lei do valor (Behring, 2021), o fundo público é a reunião de todos os recursos que o Estado impulsiona para executar suas funções no capitalismo. Nessa mesma linha, Salvador (2012) argumenta que a capacidade de mobilização do Estado visa à intervenção na economia, sendo o orçamento público o principal instrumento para a definição das despesas e a alocação dos recursos destinados ao financiamento das políticas sociais.

A análise do financiamento das políticas sociais pelo viés da gestão financeira permite o estudo da normatização dos critérios adotados pelo governo para o custeio dos programas sociais. Assim é possível verificar se as normas estabelecidas no financiamento da política se coadunam com os princípios de justiça social e da universalização das

políticas sociais, além de averiguar se as legislações, decretos, resoluções e portarias asseguram a participação da população no controle democrático desde a elaboração até a execução orçamentária (Salvador, Teixeira, 2023, p. 22).

O capital, para garantir sua produção e reprodução, encontra no fundo público um elemento primordial, uma vez que este não apenas sustenta a reprodução do capital, mas também da força de trabalho. Contudo, sua formação deriva, predominantemente, da disposição sobre os salários dos trabalhadores, capturando tanto uma parcela do trabalho necessário quanto do trabalho excedente, isto é, a mais-valia socialmente produzida (Behring, 2021). No Brasil, a carga tributária caracteriza-se por sua profunda regressividade (Salvador, 2010), sendo estruturada majoritariamente sobre a contribuição da classe trabalhadora, por meio, principalmente, de tributos indiretos incidentes sobre o consumo de bens e serviços, além da tributação direta – renda e patrimônio – sobre os salários, como o imposto de renda.

Um tributo é regressivo à medida que tem uma relação inversa com o nível de renda do contribuinte. A regressão ocorre porque prejudica mais os contribuintes de menor poder aquisitivo. O inverso ocorre quando o imposto é progressivo, pois aumenta a participação do contribuinte à medida que cresce sua renda; isso significa mais progressividade e justiça fiscal, pois arcam com maior ônus da tributação os cidadãos em condições mais favoráveis de suportá-la, ou seja, aqueles que têm maior renda (Salvador, 2010, p. 210).

A arrecadação sobre os tributos indiretos que fomenta o caráter regressivo brasileiro, inclusive as políticas da seguridade social (assistência social, saúde e previdência social), visto que “o consumo é proporcionalmente decrescente em relação à renda, pois as famílias com rendas baixas destinam uma parcela maior de seus ganhos para a aquisição de bens e serviços, enquanto os mais ricos poupam relativamente mais” (Salvador, 2010, p. 214).

Dessa forma, a manutenção do fundo público, ao mesmo tempo que possibilita a sustentação das dinâmicas capitalistas, onera desproporcional à classe trabalhadora, enquanto preserva as camadas hegemônicas de uma tributação equivalente. Ou seja, é determinante esclarecer que o financiamento das políticas sociais brasileiras é majoritariamente sustentado pela arrecadação tributária proveniente da exploração das camadas mais empobrecidas da população. Essa parcela é duplamente subjugada: primeiro, pelo peso da tributação regressiva que lhes é imposta; segundo, pela contínua supressão de seus direitos de proteção social, resultante do desmonte e do contínuo sucateamento das políticas públicas.

Consoante à lógica neoliberal, a concepção de Estado mínimo manifesta-se, sobretudo, no avanço das privatizações e nas transferências de responsabilidades públicas para o setor privado. Portanto, essa dinâmica necessita de um Estado interventivo que atua como mediador na garantia de condições favoráveis à acumulação do capital e na perpetuação das classes sociais.

A apropriação do fundo público constitui-se em uma intervenção que encontra no orçamento público sua manifestação mais evidente, sendo este direcionado para políticas sociais que consolidam a estrutura dominante e reforçam as desigualdades sociais. No Brasil, essa realidade assume contornos ainda mais cruéis, dada a intensificação da exploração e da precarização das condições de vida da classe trabalhadora, cuja força de trabalho é continuamente expropriada para sustentar uma lógica sistêmica que prioriza os interesses do capital em detrimento das necessidades sociais. Nesse cenário, é imprescindível refletir sobre o direcionamento dos gastos sociais, considerando suas limitações enquanto instrumento político, além de aprofundar os antagonismos de classe, delimita as bases da correlação de forças no capitalismo periférico.

3.2 Orçamento da política de saúde no DF (2019-2023)

Conforme preceitua a Lei de Responsabilidade Fiscal, cabe à Subsecretaria de Orçamento Público (SUOP), ligada à Secretaria de Estado e Economia do DF, a análise de todos os trâmites referentes à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA). Esse processo conta com a participação da sociedade civil e de coletivos institucionais, em busca de assegurar a transparência na gestão dos recursos públicos. A LDO estabelece as diretrizes e normas que os recursos orçamentários, detalhados na LOA, devem cumprir, orientando-se pelas metas e prioridades delineadas no Plano Plurianual (PPA) do respectivo período de gestão do Poder Executivo.

Outro dado importante na gestão e no orçamento público do DF foi a constitucionalização, em 2000, do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), legitimado pela Lei n. 10.633, de 27 de dezembro de 2002 (Gottems et al., 2019). O orçamento do DF deriva tanto de suas receitas próprias quanto do FCDF, que se compõe das dotações orçamentárias da União para o financiamento de algumas áreas como a segurança pública, saúde e educação.

A análise da Tabela 1 apresenta o comportamento orçamentário da política de saúde no Distrito Federal ao longo do período de 2019 a 2023, considerando os valores autorizados²² e empenhados²³, ajustados pelo IPCA. Observa-se uma tendência geral de crescimento nos valores autorizados e empenhados entre 2019 e 2021, atingindo seu ápice em 2021, quando os recursos autorizados atingiram R\$ 7,6 bilhões e os empenhados chegaram a R\$ 6,7 bilhões. Esse aumento pode ser associado à intensificação das demandas do sistema de saúde diante a emergência sanitária ocasionada pela pandemia de Covid-19, que abarcou investimentos emergenciais.

Tabela 1 – Valores autorizados e empenhados da política de saúde no DF (R\$ - em bilhões - valores deflacionados de acordo com o IPCA)

	2019	2020	2021	2022	2023
Autorizado	5,6	6,2	7,6	7,4	6,0
Empenhado	5,1	5,6	6,7	6,9	5,4
E/A(%)	90,24	90,88	87,68	93,04	91,56

Fonte: Portal da Transparência CLDF.
Elaboração própria.

Por outro lado, a partir de 2022, percebe-se uma redução nos valores autorizados e empenhados, os quais atingiram, em 2023, R\$ 6,0 bilhões e R\$ 5,4 bilhões, respectivamente. Esse declínio indigita uma retração no orçamento alocado à saúde, em consonância com os imperativos do ajuste fiscal, a relativa estabilização nos índices de propagação do vírus – derivado da aplicação das vacinas em vigência – e a persistência das prioridades governamentais orientadas pela racionalidade neoliberal.

Após a promulgação da EC (95), em 2016, durante o governo de Michel Temer, instaurou-se um processo regressivo nas políticas sociais vinculadas à seguridade social, ao legitimar um teto rígido para as despesas públicas. Esse cerceamento orçamentário aprofundou a precarização do SUS, tornando-o incapaz de responder às crescentes demandas da população. No âmbito político local, gestões como a de Ibaneis Rocha, ao reproduzirem a lógica liberal residual, intensificam a austeridade fiscal, comprometendo a materialização dos direitos fundamentais, sobretudo no que toca o acesso à saúde pública.

²² Definido pela Lei Orçamentária Anual (LOA), são valores referentes aos montantes que uma entidade tem permissão para empenhar em um exercício financeiro.

²³ Referente aos valores do orçamento público para pagar despesas específicas.

A relação entre valores empenhados e autorizados (E/A) apresenta variações moderadas, oscilando entre 87,68% (em 2021) e 93,04% (em 2022). Embora os percentuais indiquem uma execução orçamentária relativamente conveniente, a oscilação reflete certa instabilidade na capacidade de alocar integralmente os recursos planejados, comprometendo a continuidade e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS/DF. Somado a isso, se a política do governador estivesse verdadeiramente orientada ao bem-estar da população brasiliense, seria esperado que esse percentual se aproximasse dos 100%, explicitando compromisso na gestão dos recursos públicos destinados à política de proteção social.

A análise dos recursos orçamentários alocados às subfunções da política de saúde no DF confirma algumas das teorias debatidas anteriormente. Antes disso, cumpre destacar que outras subfunções, tais como tecnologia da informação, formação de recursos humanos, comunicação social, alimentação e nutrição, relações de trabalho, ensino superior, custódia e reintegração social e infraestrutura urbana, não foram detalhadas na Tabela 2, dada a mínima expressividade de seus valores no orçamento total.

Tabela 2 – Valores empenhados das subfunções da política de saúde no DF entre 2019 e 2023 (R\$ - em milhões - valores deflacionados de acordo com o IPCA)

	2019	2020	2021	2022	2023
Administração Geral	2.638,6	3.286,0	3.297,8	3.448,6	2.572,1
Atenção Básica	171,2	241,3	237,6	223,4	309,3
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.581,3	1.586,3	2.583,7	2.670,1	2.113,1
Suporte Profilático e Terapêutico	317,6	267,3	314,1	228,0	254,7
Vigilância Sanitária	10,83	5,831	7,963	8,530	6,692
Vigilância Epidemiológica	22,07	22,09	25,73	53,28	31,99

Fonte: Portal da Transparência CLDF.
Elaboração própria.

A interpretação inicial dos dados expostos na Tabela 2 indica que a administração geral se constitui como a principal receptora dos recursos públicos, sendo responsável pelo planejamento, coordenação da política de saúde e custos com o pessoal. É possível observar um aumento expressivo no financiamento destinado à vigilância epidemiológica durante os picos da crise sanitária ocasionada pela Covid-19, seguido de uma redução gradativa à medida que as condições de saúde começaram a se estabilizar. Em

contrapartida, a vigilância sanitária apresenta os menores valores alocados ao longo de todos os anos analisados, o que esclarece uma discrepância na priorização orçamentária entre essas áreas fundamentais para a saúde pública.

No contexto em debate, destaca-se a centralidade da assistência hospitalar e ambulatorial no orçamento público, que se contrapõe ao contínuo desinvestimento na Atenção Básica ao longo desses anos. Esse quadro configura uma contradição em relação à retórica inicial do governador Ibaneis Rocha, expressa em seu PPA 2020-2023, no qual ele reconhece a desvalorização da AB pela população brasiliense. Segundo o governador, este ideário cultural impulsionava a priorização das redes de urgência e emergência como principal porta de entrada ao SUS/DF, comprometendo o funcionamento pleno do sistema, sobrecarregando os hospitais e acarretando custos evitáveis. Embora tenha afirmado a necessidade de investimentos na qualificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus serviços como estratégia para conter a pressão sobre a atenção especializada, a análise dos valores empenhados revela não apenas a instabilidade, mas também a insuficiência dos recursos destinados a essa área, especialmente quando comparados aos vultosos montantes alocados para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), "A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (Brasil, 2007, p. 12). Acerca disso, os serviços da AB se destacam por sua proximidade geográfica com a população, operando dentro dos limites territoriais das comunidades e, ao mesmo tempo, mantendo um vínculo com as dimensões subjetivas da realidade social. Por meio das práticas profissionais de seus trabalhadores, incluindo a atuação da assistente social, a AB estabelece uma relação direta com as famílias, suas residências e os aspectos mais íntimos de suas vidas cotidianas. Dentro da proposta do SUS de oferecer um atendimento humanizado, estes serviços configuram-se como aqueles que mais se aproxima dessa perspectiva, devido à sua capilaridade, acolhimento e atenção integral às necessidades da população.

No âmbito da Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF), a plataforma digital “Observatório Cidadão”²⁴ disponibiliza informações detalhadas acerca dos repasses financeiros realizados ao IGES/DF desde 2020, ano em que o instituto assumiu posição central na gestão dos serviços de saúde do Distrito Federal.

Os valores transferidos revelam uma tendência de crescimento consistente que requer atenção. Em 2020, a Secretaria de Saúde do DF (SES/DF) destinou R\$ 329,6 milhões ao SSA, equivalente a 6% do orçamento empenhado na função saúde. Nos anos seguintes, esse percentual aumentou progressivamente, alcançando 7% em 2021, 9% em 2022 e atingindo 13% em 2023, o que correspondeu a R\$ 709,2 milhões. Os números refletem a priorização do IGES/DF no cenário orçamentário e exigem a necessidade de examinar criticamente as implicações desse modelo de gestão, sobretudo no que tange à centralização desses recursos para a esfera hospitalar e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), enquanto outras áreas da saúde pública do DF, como a Atenção Básica, encaram a realidade de desinvestimento e negligência por parte da governança do GDF.

Esta distribuição orçamentária, que reforça a priorização da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, elucida a perpetuação do modelo biomédico de assistência, que privilegia intervenções de caráter curativo e tecnológico, em oposição às diretrizes de promoção da saúde e prevenção de agravos, preconizadas pela PNAB. O enfoque do financiamento voltado à média e alta complexidade exhibe uma estreita vinculação aos interesses do capital e da rede empresarial, setores estes que, historicamente, se beneficiam pela lucratividade inerente a essa esfera de serviços. Tal lucratividade advém pela incorporação de tecnologias avançadas e pela consolidação de uma cultura que afora a medicina curativa e individualizada, aspectos que compõem a contrarreforma da saúde.

Sob gestão privada, essa lógica é intensificada, com decisões autônomas por estes institutos, que resultam em aquisições frequentes de equipamentos de ponta, compras volumosas de medicamentos oriundos da indústria farmacêutica, reformas recorrentes de infraestrutura e a contratação de profissionais terceirizados que possuem vínculos empregatícios fragilizados. Essas ações são justificadas sob o argumento de promover melhorias no serviço de saúde e na ambiência dessas unidades, embora, na prática,

²⁴ Faço os meus agradecimentos ao professor e assistente social Thiago Bazi pela disponibilidade e paciência nesse processo de extração dos dados pelo painel da Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF).

reforcem a lógica do lucro – fortalecendo as grandes empresas fornecedoras desses bens e serviços – em detrimento da prática humanizada do SUS.

Ante o exposto, na lógica das relações do capitalismo, os recursos financeiros não devem atender as políticas sociais que atuam diretamente com as faces da questão social, a fim de obter maiores resultados na aplicação desses recursos no mercado, concentrando a riqueza nas mãos de uma parcela dominante. Assim integra-se as atividades do terceiro setor, como o IGES/DF, assumindo a responsabilidade do Estado com o direito fundamental do cidadão, o direito à saúde, com a “desqualificação dos serviços ofertados” (Lima, 2018, p.) e a terceirização de seus funcionários.

“Dessa forma, a execução das políticas sociais torna-se mais barata para o Estado, favorecendo, assim, o mercado, que necessita de incentivos fiscais e investimentos públicos para o seu crescimento. Nesse sentido, o lucro precisa ser progressivamente superado. Diante dessa necessidade o barateamento da mão de obra se torna imprescindível. Em relação à execução de políticas sociais não é diferente. O Estado terceiriza suas responsabilidades ao terceiro setor barateando custos. O terceiro setor, por sua vez, barateia a mão de obra, oferecendo baixos salários para áreas qualificadas de conhecimento e, por vezes, também terceiriza a sua mão de obra” (Lima, 2018, p. 179).

Logo, o cenário do SUS/DF durante este período, com crescentes aportes direcionados ao setor privado não resultaram em melhorias para a população. A concretude da rede pública, por sua vez, permaneceu subfinanciada e desinvestida, apresentando serviços de saúde precarizados que atingem diretamente a classe trabalhadora, cujos direitos à proteção social são atravessados por dinâmicas mercantilizadas e orientadas pelo lucro. Diante disso, o cenário conta com a desestruturação dos serviços de Atenção Básica em favor da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que, contraditoriamente, não apresentou melhorias na assistência à saúde para a classe trabalhadora brasileira. Esta, por sua vez, enfrenta obstáculos substanciais na busca por acesso pleno ao direito à saúde.

Considerações Finais

Desde o período de autoritarismo militar no Brasil (1964-1985), os interesses em prol da acumulação de capital já se faziam presentes na esfera da saúde, evidenciado pela criação de entidades, como o INPS, responsável por contratar serviços privados para os trabalhadores formais, devido à justificativa de que o Estado era incapaz em oferecer uma assistência à saúde eficiente. Simultaneamente, havia uma política de incentivo aos planos privados de saúde. A parcela da população fora do mercado de trabalho,

desprovida de qualquer cobertura estatal, ficava à mercê de serviços voluntários e filantrópicos.

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o processo de sua elaboração na Assembleia Nacional Constituinte se configurou como uma disputa entre polos antagônicos: de um lado, aqueles que buscavam criar e fortalecer um sistema público de saúde que atendesse toda a população brasileira, sem qualquer forma de discriminação; de outro, aqueles que viam na construção desse sistema uma oportunidade para implementar as necessidades de mercado, promovendo a privatização e a mercantilização dos serviços de saúde. Assim, a CF de 1988 carrega um embasamento democrático conciliado aos interesses do monopólio capitalista que se aprofundou com a ascensão do ideário neoliberal.

A análise do fundo público, peça central neste trabalho, reforça como a política de saúde tem sido moldada para atender aos interesses da classe hegemônica em detrimento da proteção social. O fundo público, constituído majoritariamente pela tributação regressiva que onera a classe trabalhadora, é apropriado pelo capital para sustentar uma lógica de acumulação, enquanto os direitos sociais são progressivamente desmantelados. Essa dinâmica é esclarecida nas décadas recentes, incluído o governo Ibaneis Rocha, em que o desfinanciamento e subfinanciamento do SUS, pela transferência de recursos para o setor privado, consolidam um modelo excludente e precarizado, voltado a maximização do lucro, desmontando a universalidade e a integralidade previstas constitucionalmente.

Por fim, o SUS enfrenta décadas de um processo de deterioração impulsionado por políticas de austeridade fiscal, caracterizado em um sistema que atende majoritariamente às camadas mais empobrecidas, enquanto mantém uma estrutura precária e seletiva. O Governo do Distrito Federal (GDF), com a generalização das OSS na gestão da saúde pública e por sua dinâmica orçamentária, se demonstra um representante dos interesses burgueses e, conseqüentemente, rematando quaisquer possibilidades do SUS/DF atender a perspectiva humanizada e totalizante dos interesses sociais.

Referências

BRASIL. Lei complementar 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para responsabilidade na gestão fiscal.

BRASIL. Lei 6.168, de 9 de dezembro de 1974. Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – e dá outras providências.

BRASIL. Lei 10.633, de 27 de dezembro de 2002. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASÍLIA. Avaliação do Plano Plurianual 2020-2023. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.economia.df.gov.br/plano-plurianual-2020-2023/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: Desestruturação e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundo público, valor e política social**. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete. et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2000.

BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S. **Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014.

BRAVO, Maria Inês S. A Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E.; BRAVO, Maria Inês S.; UCHÔA, Roberta; et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2022. [87-110]

CARDOSO, Franci Gomes. **Organização das classes subalternas: Um desafio para o Serviço Social**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. Breve histórico. Disponível em: <https://www.cut.org.br/conteudo/breve-historico>. Acesso em: 20 jan. 2025.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Avanços e retrocessos do direito à saúde no Brasil: uma esperança equilibrada**. 2014. 175 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social no Estado capitalista**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, João Carvalho de; CARVALHO, Antonio José de Araújo. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOTTEMS, L. B. D. et al. **O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 1997-2008, jun. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Trabalho e indivíduo social no processo capitalista de produção**. In: IAMAMOTO, Marilda. *Trabalho e indivíduo social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

KRUGER, Tânia Regina; OLIVEIRA, Andréia. **Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS**. *Argumentum*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 57–71, 2018.

LIMA, Andréia S. **Questão social e serviço social**. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

MARINI, R. M. **Dialética da dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARX, Karl. *O capital*. 8. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2018. *E-book*. ISBN 9788521635420. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788521635420/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

MOTA, Ana E.; BRAVO, Maria Inês S.; UCHÔA, Roberta; et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2022.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

Portal da Transparência da Câmara Legislativa do Distrito Federal: Disponível em: <https://www.cl.df.gov.br/web/portal-transparencia>. Acesso em: 20/01/2025.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

ROSSI, P.; DWECK, E. **Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, 2016.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil**. In: POCHMANN, M.; CASTRO, J. (Orgs.). Brasil: Estado social contra a barbárie. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020.

SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

SALVADOR, Evilasio; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. **Orçamento e Políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica**. Revista de Políticas Públicas, v. 18, n. 1, p. 15-32, 2014.

SANTOS, Mariane de Jesus dos. **A política de saúde no Distrito Federal em tempos de financeirização do capital: as implicações para o seu planejamento e orçamento no período de 2009 a 2021**. 2022. 141 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social**. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org). Saúde, Serviço Social, **Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012. v. 1. [85-107]

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária e Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F, (org). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.