



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

**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**

Mariane de Jesus dos Santos

Brasília
2022

MARIANE DE JESUS DOS SANTOS

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social, da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Evilasio Silva Salvador

Brasília
2022

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

Mariane de Jesus dos Santos

Banca Examinadora

Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador

(Orientador/Membro Interno vinculado ao Programa) SER/UnB/Doutor em Política Social/Universidade de Brasília/UnB

Prof. Dr. Isabela Ribeiro

(Membro Interno - Departamento de Serviço Social UnB) SER/UnB/Doutor em Política Social/Universidade de Brasília/UnB

Prof. Dr. Juliana Fiuza Cislighi

(Membro Externo não vinculado ao Programa) Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ/Doutora em Serviço Social/Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

Prof. Dr. Newton Narciso Gomes Junior

(Suplente/Membro Interno vinculado ao Programa) SER/UnB/Doutor em Política Social/ Universidade de Brasília/UnB

RESUMO

Este trabalho tem como tema central como está ocorrendo a financeirização da política de saúde no Distrito Federal (DF), por meio do planejamento e do orçamento, tendo como temporalidade os governos Arruda-DEM (2007-2010), Agnelo-PT (2011-2014), Rollemberg-PSB (2015-2018) e Ibaneis-MDB (2019-2022). A financeirização do capital apresentou uma predominância no processo de acumulação capitalista e nas relações de poder no século XXI, implicando em todos os campos da vida social e coletiva. A forte incidência do setor financeiro, refletiu nas decisões do Estado, no que lhe concerne, abriu espaço no campo das políticas sociais, fazendo com que os direitos sociais alcançados na Constituição Federal de 1988, fossem sendo rompidos. Essas desestruturações, especialmente por meio do uso do fundo público, na redução e/ou limitação dos recursos orçamentários, criaram um campo frutífero para a atuação do setor financeiro, em particular por meio do repasse da gestão de partes da política de saúde para o setor privado, como no DF. Como a literatura acerca da financeirização do capital no campo da saúde pública é reduzida, essa dissertação buscou contribuir criticamente ao debate, analisando os produtos do planejamento e o orçamento destinado à política de saúde entre 2009-2021, buscando entender quais os movimentos o Governo do Distrito Federal (GDF) realizou com o intuito de atender as demandas neoliberais e de financeirização do capital na política de saúde. Os resultados obtidos por essa pesquisa, nos demonstraram que em todos os governos que perpassaram a gestão do DF, compactuaram com processos de financeirização da saúde pública. Contudo, existiu uma diferenciação ao atendimento das demandas do capital em cada um deles, sendo que dentro da temporalidade analisada, a partir de 2016, com acirramento da luta de classes no Brasil recente, e com a intensificação da neoliberalização e financeirização das políticas sociais, as ações prescritas pelo capital foram atendidas, dando condições materiais e objetivas na consolidação da financeirização do capital na saúde pública do DF.

Palavras-chave: Política de saúde, financeirização, planejamento, orçamento.

ABSTRACT

This work has as its central theme how the financialization of health policy is taking place in the Federal District, through planning and budgeting, having as temporality the Arruda-DEM (2007-2010), Agnelo-PT (2011-2014) governments., Rollemberg-PSB (2015-2018) and Ibaneis-MDB (2019-2022). The financialization of capital showed a predominance in the process of capitalist accumulation and in power relations in the 21st century, involving all fields of social and collective life. The strong incidence of the financial sector, reflected in the decisions of the State, which in turn, opened space in the field of social policies, causing the social rights achieved in the Federal Constitution of 1988, to be broken. These disruptions, especially through the use of public funds, in the reduction and/or limitation of budgetary resources, created a fruitful field for the financial sector to act, in particular through the transfer of management of parts of the health policy to the sector. private sector, as is the case of the Federal District. As the literature on the financialization of capital in the field of public health is limited, this dissertation sought to critically contribute to the debate, analyzing the products of planning and the budget allocated to health policy between 2009-2021, seeking to understand which movements the Government of Distrito Federal carried out in order to meet neoliberal demands and the financialization of capital in health policy. The results obtained by this research showed us that in all governments that permeated the management of the DF, they agreed with public health financialization processes. However, there was a differentiation in meeting the demands of capital in each of them, and within the analyzed temporality, from 2016, with the intensification of the class struggle in recent Brazil, and with the intensification of neoliberalization and financialization of social policies, the actions prescribed by capital were met, providing material and objective conditions for the consolidation of the financialization of capital in public health in the DF.

Keywords: Health policy, financialization, planning, budget.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Programas de Saúde – Governo Arruda (DEM/2008-2011)	70
Quadro 2 - Quadro 2– Programa Aperfeiçoamento do sistema único de saúde Governo Agnelo (PT/2011-2015)	79
Quadro 3 - Programas de Saúde – Governo Rollemberg (PSB/2015-2018)	81
Quadro 4 - Programa Saúde em Ação, Governo Ibaneis (MDB/2019-2022)	98
Quadro 5 - Saldo das constas correntes e aplicação das contas do IGES/DF em 2018.....	127
Quadro 6 - Saldo das constas correntes e aplicação das contas do IGES/DF em 2019.....	127
Quadro 7 - Saldo das constas correntes e aplicação das contas do IGES/DF em 2020.....	128

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Orçamento Fiscal da Seguridade Social e de Investimentos e Fundo Constitucional do Distrito Federal – Receita Administrada pelo GDF 2015/2016.....	107
Imagem 2 - Fundo constitucional do Distrito Federal - Despesa Realizada por área 2015-2018.....	108
Imagem 3 - Fundo Constitucional do DF – Despesa Realizada por área 2017/2020.....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Atenção básica no período de 2016 a 2020, tendo como base o mês de dezembro	88
Tabela 2 - Evolução da função Saúde no período de 2009 a 2021.....	105
Tabela 3 - Recursos transferidos da União para o DF entre 2015 e 2019.....	106
Tabela 4 - Evolução do Orçamento geral, valores empenhados, liquidados e total pago no período de 2009-2021.....	111
Tabela 5 - Evolução da função saúde, valores empenhados, liquidados e pagos no período de 2009 a 2021.....	112
Tabela 6 - Comparação entre a evolução das funções Assistência Social e Previdência com a função Saúde no período de 2009 a 2021	114
Tabela 7 - Evolução da Subfunção Atenção Básica no período de 2009 a 2021	117
Tabela 8 – Evolução da Subfunção Assistente Hospitalar e Ambulatorial no período de 2009 a 2021	118
Tabela 9 - Evolução da Subfunção Suporte Profilático e Terapêutico no período de 2009 a 2021	119
Tabela 10 - Evolução da Subfunção Vigilância Sanitária no período de 2009 a 2021	120
Tabela 11 - Evolução da Subfunção Vigilância Epidemiológica no período de 2009 a 2021	121
Tabela 12 - Evolução da Subfunção Alimentação e Nutrição no período de 2009 a 2021	122
Tabela 13 - Transferência de Recursos do Fundo de Saúde do DF para o IGES/DF de 2019-2021.....	128
Tabela 14 - Recursos transferidos do Fundo de Saúde do DF para o IGES para a ação Enfrentamento da Emergência Covid 19.....	129

Tabela 15 - Participação da Ação Enfrentamento da Emergência Covid 19 nos recursos transferidos do Fundo de Saúde do DF para o IGES/DF	129
Tabela 16 - Participação da Ação Enfrentamento da Emergência Covid 19 nos recursos transferidos do Fundo de Saúde do DF para o IGES/DF	130

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLA

APS - Atenção Primária  Saúde

ASPS - ações e serviços públicos de saúde

ADCT - Atos das Disposições Constitucionais Transitórias

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BPC - Benefício de Prestação Continuada

BM - Banco Mundial

CODEPLAN - Companhia de planejamento do Distrito Federal

CLDF - Câmara Legislativa do DF

DF - Distrito Federal

DEM - Democratas

EC 95/2016 - Emenda Constitucional 95 de 2016

EC 29 - Emenda Constitucional 29

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FMI - Fundo Monetário Internacional

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FSDF - Fundo de Saúde do Distrito Federal

FOHPS - Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Fundo Público, Orçamento, Hegemonia e Política Social

GDF - Governo do Distrito Federal

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

IDH - ndice de Desenvolvimento Humano

LOA - Lei Orçamentária Anual

LDO - Lei das Diretrizes Orçamentárias

LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MCB - Movimento Brasil Competitivo

NRF - Novo Regime Fiscal

OSs - Organizações Sociais de Saúde

OSCIPS - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSB - Partido Socialista Brasileiro

PPA - Planos Plurianuais

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RCL - Receita Corrente Líquida

SUS - Sistema Único de Saúde

SES/DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

TCDF – Tribunal de Contas do Distrito Federal

SUMARIO

Introdução.....	13
Capítulo 1 - O Estado capitalista, o neoliberalismo, a financeirização do capital e a disputa pelo fundo público na garantia do direito à saúde para a classe trabalhadora.....	21
1.1 A dominância da financeirização do capital, do neoliberalismo e a disputa pelo fundo público no Brasil.....	21
1.2 O Estado Social capitalista e as suas determinações para o fundo público.....	41
1.3 Os reflexos para a política de saúde no Brasil	49
Capítulo 2- A política de saúde e o planejamento social como instrumento de efetivação das políticas neoliberais e de financeirização do capital.....	57
2.1 A importância e possibilidade do planejamento social para as políticas sociais	57
2.2 A política de saúde no Distrito Federal por meio do planejamento.....	67
Capítulo 3 - O financiamento e o destino dos recursos orçamentários da saúde no Distrito Federal no período de 2008 a 2021.....	100
3.1 Caracterização socioeconômica do Distrito Federal.....	100
3.2 Análise do orçamento da política de saúde no Distrito Federal no período de 2008 a 2021.....	104
3.3 Financeirização da saúde pública no DF por meio do IGES/DF	124
Conclusão.....	135
Referências.....	138

Introdução

O interesse pela temática é decorrente do trabalho de conclusão de curso, em que foi analisado o orçamento da Atenção Básica à saúde no Distrito Federal (DF) entre 2015 e 2017. A partir dessa primeira pesquisa, foi encontrado um corte expressivo de recursos, sendo compatível com o ajuste fiscal e os demais mecanismos da política neoliberal e de financeirização do capital, que implicam diretamente no acesso da população à saúde pública. Tendo consciência e entendimento da importância da garantia do direito à saúde pública para a classe trabalhadora, a qual possibilita à sociedade ter o cuidado necessário, na perspectiva da prevenção e do cuidado contínuo, buscando realmente a diminuição dos agravos à saúde e proporcionando uma vida com melhores condições e mais igualdade, a partir da equidade, se faz necessário uma pesquisa que se aprofunde e faça uma leitura crítica sobre como o processo de financeirização e neoliberalização da política de saúde implica na disputa do fundo público, e, como o orçamento que será destinado para a saúde, assim como o planejamento, que é um instrumento que reflete os interesses políticos, econômicos e sociais do Estado, estão sendo utilizados nesse processo.

O que visualizamos nos últimos anos infelizmente não são essas ações de cuidado e prevenção. A Atenção Primária à Saúde (APS) que é central na garantia desse direito, não tem as condições para que ela exerça o seu papel dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo com que as demandas recaiam para a atenção especializada, circunstância que culmina na baixa resolutividade do SUS, como também, na falta de acesso por parte da classe trabalhadora, que é quem mais utiliza o SUS diretamente. Diante do cenário de reclamações e da falta de acesso por parte da população a essa política, a solução que os últimos dois governos do DF¹ optaram, corresponde a passagem da gestão da política de saúde para o setor privado, ou seja, a privatização da saúde para ambos foi a única saída encontrada para melhorar os problemas estruturais que acompanham o SUS desde a sua instauração. Bem sabemos, que as condições de saúde não melhoram a partir dessas decisões e com a pandemia da Covid 19, a situação da política de saúde especialmente pós Emenda Constitucional 95 de 2016 (EC 95/2016) acarretou uma sobrecarga para o SUS, que se materializou na falta de acesso, à exemplo de consultas, equipamentos, exames e insumos no geral.

Outro ponto que torna essa pesquisa necessária, é acerca da literatura escassa sobre a política de saúde no DF sob a perspectiva orçamentária e de planejamento, como

¹ Rollemberg (PSB/2015-2018) e Ibaneis (MDB/2019-2022)

também acerca da financeirização no setor público de saúde, portanto, esse trabalho também se justifica na medida em que busca contribuir com a leitura crítica da política de saúde no DF, buscando que essa dissertação possa ser um contraponto ao que vem sendo publicado em alguns espaços e que acabam por valorizar a privatização do SUS no DF. Esse processo terá como base para a análise, os indicadores para avaliação da política social recomendado por Boschetti (2009) e aprofundados por Salvador e Teixeira (2014).

O **objeto dessa pesquisa** portanto é o planejamento orçamentário da política de saúde no DF, tendo como marco temporal o período de 2009 a 2021, sendo assim, a análise do planejamento e orçamento da saúde será realizada tendo como contexto político os governos eleitos de José Roberto Arruda do partido Democratas (DEM) de 2007-2010, Rogério Schumann Rosso, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) 2010, Agnelo Queiroz do Partido dos Trabalhadores (PT) 2011-2014, Rodrigo Rollemberg do Partido Socialista Brasileiro (PSB) 2015-2018 e Ibaneis Rocha do partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) 2019-2022. Diante disso, a **questão de partida**² apresentada aqui, refere-se a como ocorreu o planejamento e o financiamento do orçamento da política de saúde no Distrito Federal no período de 2009 a 2021? Sendo a **questão de pesquisa**: quais são as implicações da neoliberalização e financeirização do capital para o planejamento e o financiamento do orçamento da política de saúde no DF no período de 2009 a 2021?

Esse trabalho se propõe a ter como **objetivo geral e específicos**:

Objetivo geral: Compreender como o processo de financeirização do capital e a neoliberalização das políticas sociais configuram o planejamento e o orçamento da política de saúde no DF, no período de 2009 a 2021.

Objetivos específicos:

- a) Investigar a destinação dos recursos públicos à função orçamentária da política de saúde, no Distrito Federal, no período de 2009 a 2021.
- b) Verificar como a política de saúde foi abordada nos planos plurianuais, programas e ações dos governos Arruda (2008-2011), Agnelo (2012 – 2015), Rollemberg (2016-2019) e Ibaneis (2020-2023);
- c) Compreender a interação do setor público com o setor privado na saúde do DF por meio do estudo do planejamento e do orçamento público.

² A questão de partida refere-se à primeira etapa da pesquisa, quando se tem uma aproximação inicial do objeto, sendo, portanto, diferente da questão de pesquisa, e tem por objetivo estabelecer um fio condutor para as próximas etapas (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998).

A **hipótese** deste trabalho é que o processo de financeirização do capital e a neoliberalização das políticas sociais, implica diretamente na limitação dos recursos públicos determinados no âmbito do orçamento destinado para a política de saúde, sendo o balizador de um planejamento restritivo para a implementação do SUS em conformidade com os princípios constitucionais.

O método escolhido para essa dissertação é o materialismo histórico-dialético de Marx, e para melhor expressar a importância dessa metodologia nessa dissertação, primeiro farei alguns apontamentos sobre o método e em seguida apresentarei os procedimentos metodológicos.

A escolha do método é um dos pontos mais importantes para a realização de uma pesquisa, o método não demonstra apenas os processos que darão materialização a pesquisa, mas muito além disso, a partir dele é possível compreender de qual lugar a pesquisadora está falando, qual a percepção do mundo que ela tem e no que ela acredita. Diante disso, tendo consciência das contradições presentes em uma sociedade capitalista, das estruturas e relações de poder exercida pela classe dominante, internalizada e difundida por meio do Estado (não apenas) e que culmina na exploração da classe trabalhadora, é necessário que exista uma proteção social que proporcione a essa parcela da população, que é a maioria, acesso a bens e serviços, como a saúde por exemplo.

A sociedade capitalista apresenta processos contraditórios em que é preciso entendê-los em sua base material, histórica e de forma dialética, para alcançar uma leitura mais próxima possível da totalidade. O método de Marx, o qual foi escolhido para a realização dessa pesquisa, são nós de problemas, que não se detém apenas a questões teóricas ou filosóficas, mas igualmente ideopolíticas, com vinculação direta a um projeto revolucionário (NETTO, 2011). Duas particularidades, como aponta Basbaum (1978, p.201) fazem com que o materialismo histórico-dialético seja diferente dos demais métodos. A primeira é a sua totalidade, ou seja, as leis tendências da dialética agem no todo, perpassa o todo, incluindo “o homem e as sociedades, a história e a economia” e a segunda decorrem de o materialismo histórico-dialético não ser apenas um método para analisar o mundo, mas para transformá-lo. Essa ousadia intrínseca ao método materialista histórico-dialético, de se contrapor ao que está colocado, de criar formas de lutar por direitos sociais e buscar uma outra sociedade, com outro modo de produção, pautada pelos interesses comuns da classe trabalhadora, é o que também inspira a elaboração desse trabalho.

Netto (2011, p.11) coloca que Marx foi um pensador e pesquisador que não esteve a serviço de manter a ordem burguesa, mas sim a serviço da classe trabalhadora, processo que essa dissertação se propõe a realizar a medida que entende e compreende o ganho acerca da saúde pública para a população brasileira na década de 1980, a partir da instauração de um novo sistema de proteção social, como Bravo (2001) aponta, em que a saúde se torna a maior política social do Brasil, responsabilidade direta do Estado por meio do Título VIII da ordem social, capítulo II da seguridade social, seção II da saúde Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.

Entendendo a necessidade desse direito para a classe trabalhadora e as várias tentativas de desestruturação do SUS após a sua instauração, algumas relacionadas ao financiamento e a gestão, é necessário sempre avaliar a política de saúde. Diante disso, como Ianni (2011, p.397) coloca “se trata de aperfeiçoar esse conhecimento e fazer o possível para repensar os problemas, tendo em conta a possibilidade de desenvolver alguma reflexão nova”, que possibilite, colabore para a manutenção e ampliação do direito.

Tentando uma aproximação com o movimento que Netto (2011, p.21 e 22) faz acerca do conhecimento teórico do método do materialismo histórico-dialético, a primeira instância temos o objeto de pesquisa sendo a política de saúde pública no DF, posteriormente se aproximando mais do objeto e indo além da “aparência fenomênica, imediata e empírica – sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável” é necessário alcançar a essência do objeto, sendo esse ponto a estrutura e a dinâmica dele, que se dá nas relações capitalistas entre o Estado, como representante da classe dominante, representante fundamental para a reprodução do capital, que se utiliza das suas instituições, do fundo público, do planejamento e do orçamento para realizar a manutenção das frações da sociedade, tendo em perspectiva a sua relação com a fração dominante, a classe burguesa que se utiliza dos meios disponíveis para a sua manutenção no poder, que cria projetos de classe como o neoliberalismo, que sustenta a financeirização do capital, e, a classe trabalhadora que resiste, mantém e avança por meio das lutas sociais.

Diante desse cenário, a pesquisadora não é uma mera observadora externa, mas ela participa ativamente desse processo. O objeto tem aqui sua existência objetiva, mas

que dentro da relação sujeito/objeto, não existe uma externalidade do objeto ao sujeito e sim “uma relação em que o sujeito está implicado ao objeto”, sendo assim não há neutralidade ligada à objetividade no processo de pesquisa. (NETTO, 2011, p.23). A não “neutralidade” da relação do objeto/sujeito não implica na pesquisa ser tendenciosa, visto que para a verificação da verdade, além da dialética, o processo também é materialista e histórico.

A análise da política de saúde permitirá a extração dos elementos políticos, econômicos e sociais que a perpassam, que demonstrará a sua tendência *histórica* que pode ser “travada ou contrarrestada por outras tendências” (NETTO, 2011, p.24). Na relação entre sujeito (pesquisadora)/objeto, a pesquisadora não é meramente passiva no processo, mas diante do método escolhido para a realização dessa pesquisa, entendemos que o sujeito pesquisadora é primordialmente ativa, para conseguir no processo da pesquisa “apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica” (NETTO, 2011, p.25), o seu processo, que exige da pesquisadora a capacidade de sistematizar esse conhecimento, realizar a crítica dele, revisá-lo e utilizar dos processos de investigação, criatividade e imaginação para compreensão dos processos e da totalidade da pesquisa.

A partir do processo descrito acima, a primeira instância para essa pesquisa é a de tomar consciência do objeto, esgotando o objeto, tendo conhecimento das suas menores partículas até as maiores, como também as suas diferenciações ao longo do desenvolvimento da política de saúde e enxergar as conexões postas acerca do objeto. (NETTO, 2011). Como Basbaum (1978, p.198) coloca “nesse processo de transformação, pelo qual nada permanece eterno, uma coisa, pois, é e não é ao mesmo tempo, e, do mesmo modo, está e não está ao mesmo tempo no mesmo lugar.” Assim o movimento acerca do capitalismo, da política de saúde e do Estado, que se buscou fazer nessa dissertação, é demonstrar as mudanças ocorridas no decorrer dos últimos anos, que colocou o capitalismo em novas fases, mas que não retirou a sua essência, ou seja o sistema não deixou de ser capitalista por estar em um processo de financeirização.

Como também com a política de saúde, configurada com a CF/88 e estabelecida pela lei 8080/90 negou a seletividade e a focalidade da saúde colocando como responsabilidade e dever do Estado toda a sua materialização, incluindo o orçamento e financiamento, mas conservou em seu processo de financiamento restrições e disputadas expressas pela repartição do fundo público, porque em ambos o fundo público é disputado pelo setor público e privado, além de manter a iniciativa privada como complementar.

Ianni (2011, p.) coloca que “a realidade é complexa, heterogênea, contraditória; apresenta diversas facetas, diversas peculiaridades. Se revela sobre diferentes partes”, portanto é necessário compreender as principais contradições, diversidade e peculiaridade das principais categorias deste trabalho: política social, política de saúde, Estado, fundo público, planejamento, orçamento público, neoliberalismo e financeirização do capital, para isso seguimos com os procedimentos metodológicos que demonstraram como a pesquisa foi realizada.

Procedimentos metodológicos

Para alcançar os objetivos propostos foi realizada pesquisa qualitativa, tendo como base da análise bibliográfica as categorias citadas anteriormente, análise documental acerca dos planos, programas e projetos voltados para a saúde pública no DF, e, a coleta e análise dos dados orçamentários nas bases disponíveis, em especial no portal da transparência do DF e no SIGA Brasil, sendo o método utilizado para essa pesquisa o materialismo histórico-dialético. Para a materialização dos objetivos geral e específicos foi realizado a pesquisa bibliográfica, por meio do levantamento e da revisão da literatura que constitui o referencial teórico para compor os elementos de análise do trabalho.

O levantamento bibliográfico proporciona a detecção e atualização da produção científica acerca do tema proposto e das categorias que compõem o trabalho, sendo realizado através da busca e seleção das produções acadêmicas de artigos científicos, dissertações e teses, que apontam os principais autores e debatedores, documentos e materiais relevantes para o campo que está sendo pesquisado. Para a qualificação e rigor do trabalho foram escolhidas e utilizadas plataformas como o catálogo de teses e dissertações da Capes e pelo portal de periódicos da Scielo, sendo a busca realizada primeiro pela aproximação dos títulos, como também pelas palavras-chaves e os resumos. Também foram utilizadas notas técnicas do IPEA, as bibliografias das disciplinas cursadas no primeiro e segundo semestre do mestrado, pela busca nos sites governamentais do Governo do Distrito Federal (GDF), especialmente o da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), o da Companhia de planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) e o portal da transparência do DF, com o intuito de acessar aos planos, programas, projetos e pesquisas socioeconômicas acerca do DF, por livros que contemplam a temática e pelas indicações do orientador Professor Doutor Evilasio Salvador.

Os critérios para a seleção dos artigos, dissertações, teses, notas técnicas, livros, pesquisas socioeconômicas, planos, programas e projetos foram: discussões acerca das categorias principais do trabalho, em âmbito distrital e nacional e o período analisado (2009 a 2021). Na construção do projeto foram utilizados artigos, teses, notas técnicas, livros, planos, programas e pesquisas socioeconômicas, que posteriormente foram divididos em blocos temáticos, sendo eles: saúde no DF, política social, política de saúde, planejamento, fundo público, orçamento, Estado, neoliberalismo e financeirização do capital, tendo em vista que a maioria perpassa mais de uma categoria.

No que refere a base empírica, foi realizada análise documental referente ao período de 2009 – 2021, tendo em vista o levantamento e sistematização dos dados a respeito dos indicadores sociais e econômicos do DF. Para a realização desse processo os documentos foram retirados de instituições que realizam pesquisas socioeconômicas no DF, em especial a CODEPLAN, que disponibiliza pesquisas como a PDAD, dados sobre o Produto Interno Bruto-DF (PIB-DF) e o IDH, a fim de compreender qual a caracterização socioeconômica e as especificidades do DF.

Foi realizado o levantamento e sistematização dos PPAs dos governos do DF, da LDO, da LOA e dos Planos de Governo correspondente ao período de 2009 a 2021, buscando entender qual a prioridade da política de saúde no decorrer desse tempo.

O levantamento, sistematização e análise da execução orçamentária da Política de Saúde no DF de 2009 a 2021, foi realizado por meio da coleta dos dados pelo portal da transparência do DF, depois deflacionados por meio do IPCA, buscando responder os seguintes questionamentos, seguindo o que foi realizado no trabalho de conclusão de curso e nas oficinas do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Fundo Público, Orçamento, Hegemonia e Política Social (FOHPS) realizadas em 2020:

- Como se deu a política de saúde no orçamento público do DF e da União:
 - A participação percentual da política de saúde do orçamento geral/fiscal;
 - A representatividade no orçamento da seguridade social;
 - A variação dos recursos pagos;
 - A evolução, em termos reais pagos, do orçamento fiscal e da seguridade social, observando a participação da saúde em ambos os orçamentos;
- Como se deu a execução financeira e a direção dos gastos:
 - Relação entre recurso autorizado e recurso pago para a política de saúde;
 - Os anos com as melhores e piores execuções, buscando compreender aqui como cada governo entre os de 2009 a 2021, destinaram os seus recursos para política

de saúde, tendo em vista o orçamento enquanto uma peça que representa as prioridades governamentais;

Capítulo 1 - O Estado capitalista, o neoliberalismo, a financeirização do capital e a disputa pelo fundo público na garantia do direito à saúde para a classe trabalhadora,

1.1 A dominância da financeirização do capital, do neoliberalismo e a disputa pelo fundo público no Brasil

Iniciaremos esta seção tratando sobre o capital portador de juros. Partiremos do lucro, que é o objetivo do capitalista. Inúmeras mudanças que presenciamos em nossa sociedade ocorrem com o intuito de estabilizar ou aumentar a taxa de lucro. A taxa de lucro média do capitalista será a mesma independente se ela se apresentar por meio de sua forma capital industrial ou capital-mercadoria, pois ambas se apresentam dentro de limites estreitos entre si, “seja investido industrialmente na esfera da produção, seja investido comercialmente na esfera de circulação, o capital gera, proporcionalmente a seu volume, o mesmo lucro médio anual” (MARX, 2017, p. 385).

O dinheiro, parte importante desse processo, expressado em dinheiro ou em mercadoria, “pode ser convertido em capital e, mediante essa conversão, deixa de ser valor dado para se transformar num valor que se valorize a si mesma” (MARX, 2017, p. 385), esse processo é produtor de lucro, extraindo da classe trabalhadora uma parcela de trabalho não pago, de mais-produto e mais-valor, se apropriando desse trabalho. Com isso é possível obter um valor de uso adicional além do valor de uso intrínseco ao dinheiro, sendo esse valor de uso descrito aqui como o lucro produzido ao se converter em capital. O capital nesse processo torna-se mercadoria (MARX, 2017, p.385 e 386).

Para compreendermos um pouco melhor o processo apresentado por Marx (2017, p. 386) sobre os juros e sua relação com o lucro, vamos exemplificar o que o autor traz em sua obra, colocando em reais. Temos uma taxa média de lucro correspondente a 20% do total empregado, que poderia ser compreendido dentro do ciclo D-M-D’, ou seja, um capitalista emprega uma quantia R\$ 100 em sua indústria ou comércio, que ao final do processo gera ao capitalista um lucro de 20% sob o valor inicial de R\$ 100, sendo o lucro total R\$ 20.

Quando nos referimos ao capital portador de juros, o movimento realizado se difere em alguns pontos. Aqui o dinheiro não é necessariamente de quem vai empregá-lo, portanto, seguindo o que Marx (2017, 386) coloca, um proprietário que possua dinheiro pode cedê-lo a outro homem, que poderá empregá-lo como capital e com isso produzir lucro, que segundo Marx (2017, 386) seria “um mais-valor que não lhe custou nada e pelo qual ele não paga equivalente nenhum”. Se ao término do ano quem empregou

o dinheiro como capital, devolve ao dono do dinheiro o valor inicial (R\$100) acrescido de 5%, ele pagará o valor de uso de sua função como capital do que lhe foi emprestado. (MARX, 2017, P.386). Para Marx (2017, P.386) “a parte do lucro que lhe paga chama-se juros, que não é mais do que um nome especial, uma rubrica para designar uma parte do lucro que o capital ativo, em vez de colocar em seu próprio bolso, precisa pagar ao proprietário do capital.”

A posse do valor que vai ser emprestado e assim gerar lucro como capital, concede ao seu dono a possibilidade de lucrar sem que ele precise realizar esforço nenhum para isso. O valor empregado, pego com alguém anteriormente e que o tinha em disponibilidade, geram lucro “pelo fato de funcionarem como capital, seja industrial, seja comercial”. (MARX, 2017, p. 387) Mas, antes de chegar ao ponto de ser disponibilizado, o dinheiro precisa percorrer outro processo, que corresponde a sua existência. Ou seja:

Para ser desembolsado, primeiro é necessário que ele exista. Se *A*, o proprietário das £100, as dependesse para o seu consumo próprio ou conservasse como tesouro, elas não poderiam ser desembolsadas como capital por *B*, o capitalista atuante. *B* não investe seu próprio capital, mas o de *A* contra a vontade deste último. Na realidade, portanto, é *A* quem originalmente investe as £100 como capital, ainda que sua função inteira como capitalista se reduza a efetuar esse investimento. (MARX, 2017, p.387)

É interessante percebemos, que quem empresta o dinheiro e o faz capital, não tem a posse de fato dele e nem poderia fazê-lo, se não houvesse o detentor do valor para o conceder. Seguindo a explicação de Marx (2017, p. 387), o ponto de partida é o dinheiro que vai ser concedido a um terceiro, podendo ser está uma operação que tenha ou não garantias. Independente disso, o que nos interessa aqui é que esse “D” que está parado ao ser emprestado sob a sua forma “D”, se torna capital “M”, que gerará lucro “D” e que retornará ao seu dono acrescido de lucro também “D”. Sendo realizada a seguinte equação: D-D-M-D'-D'. Marx (2017, p. 387) coloca que “o que aqui aparece duplicado é: 1) o desembolso do dinheiro como capital; 2) seu refluxo como capital realizado, como D' ou $D + \Delta D$ ”. Fazendo uma comparação com o capital comercial, Marx (2017, 387 e 388) coloca que:

No movimento do capital comercial D-M-D', a mesma mercadoria muda duas vezes de mãos ou, se o comerciante vende a outro comerciante, muda várias vezes de mãos, mas cada uma dessas mudanças de lugar da mesma mercadoria representa uma metamorfose, compra ou venda de mercadoria, por mais que esse processo possa se

repetir até que a mercadoria entre definitivamente na esfera do consumo. (MARX, 2017, p. 387 e 388)

Quando se refere ao capital portador de juros especificamente, o que ocorre é:

A primeira troca de lugar de D não é o fator da metamorfose da mercadoria, tampouco da reprodução do capital. O dinheiro só se torna um fator desses quando é desembolsado uma segunda vez, isto é, quando se encontra nas mãos do capitalista em atividade, que comercia com ele ou o converte em capital produtivo. A primeira troca de lugar de D não expressa aqui mais que transferência ou cessão de A para B, uma transferência que costuma se realizar sob certas formas e cautelas legais. (MARX, 2017, p.388).

Ocorre nessa operação um “duplo refluxo” como Marx (2017, p. 388) denominou, sendo esse processo o “desembolso duplo” do dinheiro como capital, dando-se primeiro como um simples empréstimo de um ator para o outro, depois retornando como D’. Quando retorna ao seu detentor ela retorna acrescido de juros, como capital realizado, que representa uma parte do lucro e não o lucro completo. Ao retornar ao segundo ator, ele retorna apenas como capital em funcionamento, pôr a propriedade ser do detentor que concedeu o empréstimo.

Para se alcançar o refluxo completo, esse dinheiro precisa passar mais uma vez pelas mãos de quem o tornou capital para as mãos de quem o possuía. Também é necessário nessa operação que o dinheiro ao ser devolvido seja acrescido de determinado valor, que chamamos de juros, esses juros são uma parte do lucro adquirido diante dessa soma do capital. O dinheiro colocado à disposição para um segundo ator, é capital, mas não apenas, a partir da sua movimentação ele é gera mais-valor a seu dono (MARX, 2017, p. 388).

Todo esse movimento transforma o capital como mercadoria. O empréstimo do valor entra aqui no lugar da venda (do produto a ser vendido), ou seja, uma mercadoria qualquer que seria geralmente vendida e assim o seu detentor poderia lucrar, agora não existe como objeto que será vendido, mas como uma quantia que será emprestada a um terceiro e que retornará acrescida de mais valor, sem que haja a necessidade de o dono realizar o processo de produção e de venda. Segundo Marx (2017, p.388):

a forma de empréstimo que, em vez da forma da venda, é característica dessa mercadoria – do capital como mercadoria – e que, além disso, ocorre também em outras transações resulta já da determinação de que o capital aparece aqui como mercadoria, de que o dinheiro, como capital, converte-se em mercadoria.

O ponto essencial do capital portador de juros e que constitui o seu caráter específico (MARX, 2017, p. 390) é que:

possuidor de dinheiro, que quer valorizá-lo como capital portador de juros, aliena-o a um terceiro, lança-o na circulação, converte-o em mercadoria *como capital*; e não só como capital para ele mesmo, mas também para outros, ele não é capital apenas para quem o aliena, mas é desde o início transferido a um terceiro como capital, como valor que possui o valor de uso de criar mais-valor, lucro; como um valor que conserva a si mesmo no movimento e que, depois de ter funcionado, retorna aquele que o desembolsou originalmente, no caso em questão, ao possuidor do dinheiro; portanto, um valor que só por algum tempo permanece distante de quem o desembolsou, que só transita temporariamente das mãos de seu proprietário para as mãos do capitalista e que, por conseguinte, não é pago ne vendido, mas apenas emprestado; um valor que só é alienado sob a condição de, em primeiro lugar, retornar a seu ponto de partida após determinado prazo e, em segundo lugar, retornar como capital realizado, isto é, tendo cumprido seu valor de uso, que consiste em produzir mais-valor.

Entre as peculiaridades dessa forma de capital, está a forma externa do retorno, que ocorre separada do ciclo mediador. Quem realiza o empréstimo distancia-se de seu capital, transferindo-o para outro capitalista, sem receber nesse momento nada em troca. “Sua cessão não constitui de modo nenhum um ato do processo cíclico efetivo do capital, mas o introduz mediante o ciclo que o capitalista industrial tem que realizar.” (MARX, 2017, p.394).

Essa primeira fase do dinheiro, em que há o deslocamento do valor de uma mão para outra, não expressa a metamorfose do capital, pois não existe compra ou venda realizada aqui, apenas transferência de valor. Quando o capitalista industrial devolve o dinheiro a seu proprietário, o processo que acontece é apenas complementar ao ciclo inicial, de concessão de capital.

Para Marx (2017, p.395) “o capital, adiantado em forma de dinheiro, retorna ao capitalista industrial, pelo processo cíclico, também em forma de dinheiro. Mas como o capital não lhe pertencia quando foi investido, tampouco pode pertencer-lhe no momento em que retorna.” Não existe possibilidade desse capital tornar-se seu, apenas parte do lucro ganho com base nesse dinheiro emprestado.

O capital portador de juros, como capital que se transforma em uma mercadoria específica, apresenta uma forma “peculiar de alienação”. Aqui não é apenas os processos econômicos que fazem parte de sua realização, mas a sua formatação jurídica que expressa um acordo entre as partes, podemos perceber isso quando:

O primeiro desembolso, que transfere o capital das mãos do prestamista às mãos do prestatário, é uma transação jurídica, que não tem relação nenhuma com o processo real de reprodução do capital e apenas lhe serve de introdução. O reembolso, pelo qual o capital retorna das mãos do prestatário às mãos do prestamista, é uma segunda transação jurídica, complementar à primeira; serve de introdução ao processo efetivo, a outra é um ato complementar desse processo. (MARX, 2017, p.395).

Essa forma de alienação “puramente condicional de dinheiro ou mercadorias” é compreendida por meio de seu “ponto de partida e ponto de retorno, cessão e restituição do capital emprestado” que apresenta “movimentos arbitrários, mediadas por transações jurídicas efetuadas antes e depois do movimento efetivo do capital e que com ele não tem relação alguma.” (MARX, 2017, p. 395). Não há compra ou venda, mas um empréstimo, o qual “constitui, portanto, o modo adequado de se alienar uma soma de valor *como capital*, não como dinheiro nem como mercadoria.” Fato que não impede que faça parte do processo capitalista de produção (MARX, 2017, p.397).

Para refluir como capital é necessário que além do acréscimo que ocorrerá nas mãos do segundo capitalista (o qual o valor foi emprestado), esse dinheiro inicial não pode ter qualquer desvalorização em seu processo, mantendo a conservação do valor inicial e aumentando o seu valor, para que além do lucro obtido pelo capitalista que movimentou esse valor, o seu dono (o capitalista monetário), possa usufruir dos juros acrescidos e lucrar também (MARX, 2017, p. 397).

O valor de uso nesse processo se faz importante, pois é “esse valor de uso do dinheiro como capital – a capacidade de engendrar o lucro médio – que o capitalista monetário aliena ao capitalista industrial pelo tempo durante o qual ele cede a este último o direito de dispor do capital emprestado” (MARX, 2017, p. 398) e, esse valor de uso concerne ao valor que o dinheiro “assume ao ser convertido em capital, o que, por conseguinte, deve-se ao fato de que, em seu movimento, ele gera mais valor determinado, o lucro médio [...] e de que, além disso, ele conserva sua grandeza primitiva de valor.” (MARX, 2017, p. 398).

Pegando a analogia realizada por Marx (2017), em um processo usual do intercâmbio das mercadorias, o lado no qual o dinheiro está é facilmente encontrado, pois o comprador das mercadorias será quem terá o dinheiro para realizar a compra. Mas, no empréstimo, o processo se dá ao contrário, ele estará na detenção do vendedor, que emprestará o dinheiro por um tempo determinado ao comprador do capital, que o receberá

como uma mercadoria. Para que isso ocorra é necessário que o dinheiro funcione como capital, adiantado pelo capitalista monetário (MARX, 2017, p. 400).

Outro ponto importante é que ambos os capitalistas que participam dessa operação, depende da mesma soma de dinheiro, contudo apenas há valorização do capital a partir do momento em que é transferido para o segundo participante do processo, então o lucro não é duplicado, ele é dividido entre o dono do valor e quem pegou emprestado, sendo a parte do segundo o que corresponde aos juros. Essa transação ocorre entre dois diferentes tipos de capitalistas, de forma geral, o monetário e o industrial (MARX, 2017, p.400). Seguindo com a valorização do capital, é preciso ter em vista que o mais valor que ele produz, só pode ser dimensionado com o valor inicial que foi empregado, emprestado, ou seja, com o capital que foi adiantado.

Voltando a relação do capital como mercadoria, ele só pode ser compreendido nesse lugar quando o é ofertado como tal e quando “o valor de uso do dinheiro é efetivamente alienado como capital.” (MARX, 2017, p. 402). O produto do capital é o lucro, como Marx (2017, p. 402) coloca, e o autor acrescenta que “sobre a base de produção capitalista, o capital não é mais que um emprego distinto do dinheiro, seja ele desembolsado como dinheiro, seja ele adiantado como capital.”.

Sobre a determinação da taxa de juros é importante salientarmos que independentemente de como se da taxa de juros, diante de crises do capital ela aumentará e apresentará a sua máxima, como destaca Marx (2017, 408):

A taxa de atinge seu nível mais alto durante as crises, quando, para poder pagar, é preciso pegar dinheiro emprestado, custe o que custar. Como a alta dos juros corresponde a uma queda no preço dos papéis, isso representa uma excelente situação para que pessoas que dispõem de capital monetário possam se apropriar por preços irrisórios daqueles papéis portadores de juros, os quais, tão logo a taxa de juros volte a cair, voltarão a atingir, no mínimo, seu preço médio.

Acerca das taxas de juros e lucro, nesse caso do capital portador de juros, temos que entender a princípio elas não são processos determinados em absoluto e nem naturais, podendo variar diante de algumas situações. Marx (2017, p. 408 e 409) aponta duas tendências em que os juros possam cair, sem necessariamente haver oscilações da taxa de lucro. Sendo elas:

- Os juros de fundos de famílias da classe burguesa, que ao decorrer das gerações foram acumulando recursos e com isso possibilitaram a elas poderem viver

tranquilamente apenas dos juros acrescidos a esses valores. Classe essa que pode ser reconhecida como classe dos rentistas;

- A segunda, tem uma relação direta com o sistema de crédito que possibilita a classe de industriais e comerciantes, por bancos, terem ao seu dispor os recursos que a população em geral guarda em poupanças ou em qualquer outro tipo de investimento, podendo ser de curto, médio ou longo prazo, pois todo recurso mantido em um banco independentemente do tempo de posse, pode ser utilizado, tornando um capital monetário a disposição.

Existem duas formas de encontrar a taxa média de juros, a primeira “a média da taxa de juros ao longo de suas variações nos grandes ciclos industriais” e a segunda “a taxa de juros naqueles investimentos em que o capital é emprestado por um prazo maior” (MARX, 2017, p.410). O autor destaca que a taxa geral do lucro, por sua vez, é determinada por três pontos:

- pela taxa de mais-valor que o capital total produz;
- pela relação do mais-valor e o capital total; e,
- pela concorrência, mas apenas enquanto em que existe o movimento pelo qual os capitais investidos em ramos particulares da produção procuram extrair dividendos iguais desse mais-valor, em proporção a suas grandezas relativas.

As taxas de lucro apresentam particularidades conforme o ramo de produção que fazem parte, sendo elas variadas e de certa forma incertas, portanto, no fim das contas não é a sua uniformidade que conta, mas sim as diferenças do lucro que apresenta. Sendo que a taxa geral do lucro só aparece com limite mínimo do lucro, não como algo totalmente palpável da taxa real do lucro (MARX, 2017, p. 415),

Quando nos detemos ao mercado monetário apenas, observamos que existe apenas um confronto que se estabelece entre quem empresta e quem pega emprestado o dinheiro, aqui ele é a mercadoria e única mercadoria. Segundo Marx (2017, p. 416) “aqui se apagam todas as figuras particulares do capital, conforme este é investido em diferentes esferas da produção ou circulação. Ele existe, nesse caso, na figura mais indistinta da produção ou circulação, a figura do valor independente: o dinheiro.”.

Esse processo descrito anteriormente não anula a sua divisão independentemente da esfera de produção ou circulação, todos podem usufruir desse capital monetário. Além

disso, a partir do desenvolvimento da indústria, esse capital toma a forma de “uma massa concentrada, organizada, a qual, de modo completamente distinto da produção real, encontra-se sob o controle dos banqueiros, representantes do capital social” (MARX, 2017, 416). Aqui temos outro fator que faz com a taxa geral de lucro seja algo difícil de decifrar ao lado da taxa de juros.

Para a criação da taxa de juros é necessário que exista um embate entre o capitalista monetário e o capitalista industrial, este último que vai transformar uma parte do lucro em juros. O capital enquanto capital propriamente dito, pertence ao processo de reprodução, sendo assim ele está em um estado de inercia sem poder ser utilizado pois já está empregado. A exemplo do capital portador de juros é colocada que: “enquanto seu capital está emprestado e, portanto, atua como capital monetário, ele lhe rende juros, uma parte do lucro, mas o capitalista não pode dispor dessa parte.” (MARX, 2017, p.420)

Sendo assim, os juros podem ser pagos em sua totalidade, parcela única, ou a prazo, o que importa é que enquanto o valor está empregado, quem concede o empréstimo recebe os juros, mas não é restituído, do valor que concedeu. Para além, mesmo que ele seja restituído esse valor não permanecerá em suas mãos, pois sempre voltará ao ciclo do empréstimo e será concedido a outra pessoa, pois “enquanto se encontra em suas mãos, ele não rende juros nem funciona como capital; enquanto rende juros e funciona como capital, ele não se encontra em suas mãos.” (MARX, 2017, p. 420).

Outro ponto a ser abordado é a relação entre o capital portador de juros e o capital fetiche, que culminará na financeirização do capital. Para Marx (2017, p.441) “é no capital portador de juros que a relação capitalista assume sua forma mais exterior e mais fetichista. Aqui deparamos com D-D’, dinheiro que engendra mais dinheiro, valor que valoriza a si mesmo, sem o processo mediador entre os dois extremos.”.

No capital portador de juros, temos o processo que anteriormente aparecia definido como D-M-D’, reduzido aos seus extremos, tratando-se apenas sobre o dinheiro. Há uma condensação do processo, que Marx (2017, p.441 e 442) define como sendo absurdo, pois não existe uma mediação nesse movimento do dinheiro, que seria geralmente realizada pela mercadoria, e explica acrescentando que “é o capital consumado, a unidade do processo de produção e do processo de circulação, que, por conseguinte, gera mais-valor ao final de determinado período.” O capital aqui se torna, uma “fonte misteriosa e autocriadora de juros, de seu próprio incremento”.

O dinheiro é um valor que apresenta nessa condição a capacidade de autovalorizar-se, então ele não se valoriza enquanto um capital ativo, mas enquanto capital monetário, enquanto apenas valor (dinheiro):

no capital portador de juros, portanto, produz-se em toda sua pureza esse fetiche automático do valor que se valoriza a si mesmo, do dinheiro que gera dinheiro, mas que, ao assumir essa forma, não traz mais nenhuma cicatriz de seu nascimento. A relação social é consumada de uma coisa, o dinheiro, consigo mesma. Em vez da transformação real do dinheiro em capital, aqui se mostra apenas sua forma vazia de conteúdo (MARX, 2017, p. 442).

Os juros aqui se apresentam única e como exclusivamente ganho do capital, como fruto originário do capital, sem que este precise realizar o processo de extrair do trabalho lucro, como o capital ativo o faz. Nesse momento, para Marx (2017, p. 442) o processo de fetichismo do capital completa-se:

em D-D', temos a forma mais sem conceito do capital, a inversão e a coisificação das relações de produção elevadas a máxima potência: a forma simples do capital, como capital portador de juros, na qual ele é pressuposto a seu próprio processo de reprodução; a capacidade do dinheiro ou, conforme o caso, da mercadoria, de valorizar seu próprio valor, independentemente da reprodução – eis a massificação capitalista em sua forma mais descarada.

Dois pontos são elencados por Marx (2017, p. 443) para esse processo de fetichismo do capital portador de juros:

- “Por meio de sua existência constante como dinheiro”. Aqui todos os processos que fazem parte do capital são invisibilizados e a sua forma real não pode ser constatada.
- “O mais valor que o capital produz.” A criação própria que o capital monetário tem e que acaba por criar mais valor, em sua forma de juros.

A relação do crédito bancário e do crédito comercial é outro ponto essencial a ser tratado no tocante a financeirização do capital. Segundo Marx (2017, p.451) “o desenvolvimento do comércio e do modo de produção capitalista, que só funciona com vistas a circulação, amplia, generaliza e aperfeiçoa essa base material-espontânea, do sistema de crédito” nesse processo o dinheiro apresenta uma única função, que corresponde a uma promessa escrita de pagamento, que podem ser entendidas como letras de câmbio.

As letras de câmbio irão circular até a sua data de vencimento como um meio de pagamento que constitui o dinheiro comercial. Ao passo em que são compensadas, elas constituem em sua totalidade, o dinheiro e circulam como ele, diante desse processo de adiamento de crédito por meio dessas letras de câmbio está estruturada a base do crédito, como também as letras de câmbio são de fato a base verdadeira do dinheiro creditício, das cédulas bancárias (MARX, 2017, p.451).

O outro lado do sistema de crédito, que se relaciona diretamente com o comércio de dinheiro e faz parte do capital portador de juros, se apresenta como uma “função especial dos comerciantes” “esse comércio de dinheiro, desenvolve-se o outro lado do sistema de crédito: a administração do capital portador de juros ou capital monetário como função especial dos negociantes de dinheiro.” (MARX, 2017, 454). Esses negociantes de crédito exercem o seu papel no ato de emprestar e devolver o dinheiro, eles são os agentes que intermedeiam essa ação entre quem empresta e quem toma emprestado. Aqui entra o exercício do papel do banqueiro, sendo que:

o negócio bancário consiste, em termos gerais, em concentrar nas próprias mãos, em grandes massas, o capital monetário emprestável, de modo que, em vez do prestamista individual, é o banqueiro que aparece como representante de todos os prestamistas individual, é o banqueiro, que aparece como representante do de todos os prestamistas de dinheiro diante do capitalista industrial e monetário” (MARX, 2017, p.454).

Portanto, os bancos, que vemos hoje tendo uma relação muito próxima das políticas sociais, são responsáveis por ajudar na movimentação desse crédito. O papel dos bancos para o capital portador de juros e posteriormente para a financeirização do capital foi e é fundamental. Eles reúnem todos os prestamistas e todos os prestatários em um único local e os recursos de todo o mundo do comércio.

Um Banco tem o seu lucro a partir dos empréstimos realizados, os quais são pegos pelo banco a valores menores do que as taxas as quais ele empresta. Marx (2017, p. 454) nos demonstra como os bancos se tornam os locais que irão ter esse capital como recurso disponível para ser emprestado: “em primeiro lugar, concentra-se em suas mãos, por serem os bancos os caixas dos capitalistas industriais, o capital monetário que todo produtor e todo comerciante detêm como fundo de reserva ou que flui para eles como pagamento.”. Depois desse processo, esses fundos são transformados em capital monetário, tendo um fundo em comum, concentrado com os recursos. Uma parcela desse fundo ficará inativa para ser emprestado a um terceiro, tendo sua função expressa pelo fundo de reserva que dará vida ao capital portador de juros. O segundo ponto acerca do

papel dos bancos corresponde à constituição de seu capital, que ocorre justamente com base nos depósitos dos capitalistas monetários, que disponibilizam os empréstimos com o dinheiro que lhes foi confiado a partir dos depósitos dos capitalistas monetários.

O capital bancário, parte integrante do processo de financeirização do capital com o capital portador de juros, é constituído por dois pontos principais, o primeiro o dinheiro em espécie, ouro ou cédulas e o segundo por títulos de valor. Os títulos de valor podem se apresentar enquanto títulos comerciais, letras de câmbio como já apontamos anteriormente, sendo a base dos negócios dos bancos, títulos públicos, a exemplo a dívida pública, que tem relação direta com a financeirização do capital, os do Tesouro, entre outros títulos que sejam portadores de juros, mas que não sejam letras de câmbio. O capital do banqueiro é formado a partir dessa composição descrita acima, e se transformam dentro de suas divisões em capital de investimento do banqueiro em si e nos depósitos (capital de outras pessoas) que juntos formaram seu *banking capital*. Também nesse nicho entram os bancos que emitem cédulas (MARX, 2017, p. 521).

Com o passar dos anos e a utilização crescente do sistema bancário, o montante que os bancos possuem não advém apenas dos capitalistas monetários, mas de todas as classes sociais. Marx (2017, p.455) já apontava esse movimento, que se intensificou absurdamente nos últimos anos, o autor coloca que:

pequenas somas, incapazes por si só de funcionar como capital monetário, fundem-se em grandes massas e geram, assim, um poder monetário. Essa acumulação de pequenas somas tem de ser entendida como um resultado especial do sistema bancário e, assim, distinguida do papel intermediário que os bancos exercem entre os verdadeiros capitalistas monetários e os prestatários.

Outro papel que exerce os bancos é de ser guardião de rendas, que serão consumidas gradualmente e que servirá para aumentar esses fundos de reserva e de empréstimos. Os empréstimos concedidos pelo banqueiro, podem ser transformados em inúmeras coisas, apresentando diversas formas, que podem ser: “letras de câmbio ou cheques emitidos sobre outros bancos, a de abertura de créditos do mesmo tipo e finalmente, em se tratando de bancos emissores, a de cédulas do próprio banco.” (MARX, 2017, p.455).

Para a classe trabalhadora o papel do crédito na produção capitalista é de expropriação mais intensa que antes. A expropriação ocorre em todas as escalas, passando pelos pequenos produtores, médios, até os produtores diretos. Essa expropriação é ponto de partida desse modo de produção, que ao final tende a expropriar todos os indivíduos

de seus meios de produção. Nesse processo eles deixam de ser meios e produtos da produção privada para se transformarem em meios de produção nas mãos dos produtores associadas, tendo em vista que já são seu produto social. “A propriedade aqui existe em forma de ações, cujo movimento e cuja transferência tornam-se puro resultado de um jogo em que os tubarões da Bolsa devoram os peixes pequenos, e os lobos, as ovelhas.” (MARX, 2017, p.498) É interessante observar que no sistema de ações não existe superação da estrutura desse sistema de riquezas e da riqueza privada, apenas outra forma de fazê-lo.

Duas características são presentes ao sistema de crédito (MARX, 2017, P.500):

- O sistema de crédito pode ser compreendido enquanto “mola propulsora” para a produção capitalista, expropriando o trabalho em grau maiores, comparado com os processos anteriores de exploração, fazendo assim um grupo altamente restrito de grandes ricos que exploram a riqueza socialmente produzida.
- O sistema de crédito consegue estabelecer uma mudança para um novo modo produção.

Sendo assim, o processo de produção capitalista, a partir dessa movimentação acerca do crédito, do capital portador de juros e do capital bancário, se vê impulsionado ao máximo para um processo de superprodução e especulação. Diante da sua elasticidade, como Marx (2017, p. 499) colocou, o modo de produção capitalista consegue expansão, porém o sistema de crédito o pressiona ao máximo, visto que o capital social investido não o é feito por seus donos, e esses não têm o mesmo zelo e cuidado para explorar o seu capital.

É incessante pensarmos que o sistema de crédito rompe constantemente os limites da reprodução do capital, sendo assim “o crédito acelera o desenvolvimento material das forças produtivas e a instauração do mercado mundial, que, por constituírem as bases da nova forma de produção, têm de ser desenvolvidos até um certo nível como tarefa histórica do modo de produção capitalista.” (MARX, 2017, p. 499).

O acirramento das lutas de classes a partir do advento do neoliberalismo e da intensificação e predominância da financeirização do capital no capitalismo contemporâneo, se intensificam significativamente a partir da década de 1980, tanto no processo de precarização do trabalho, em que temos a intensificação da exploração da classe trabalhadora, simultaneamente, em que existe uma diversificação das forças para a extração de mais-valia, quanto no seu acesso a direitos sociais, como a política de saúde,

que se tornam alvo de disputa no mercado. Ambos os processos têm por objetivo a sustentação da financeirização do capital, que procura sempre alcançar uma maior rentabilidade (BRETTAS, 2020). Segundo Silva (2012, p. 217), “as políticas sociais entram nesse cenário caracterizadas por meio de um discurso nitidamente ideológico”, baseados nos “elementos de retomada aos princípios liberais, mas dessa vez em contexto sócio-histórico inteiramente distinto, no qual o Estado e o fundo público se tornaram fundamentais e imprescindíveis na garantia as condições de produção e reprodução do capital” (SILVA, 2012, p. 218).

Juntamente a intensificação da financeirização do capital temos a atuação constante do neoliberalismo, que após esse período de predominância do Estado Social e diante das crises do petróleo e a perda de força do Keynesianismo, vão tomando espaço. Encontramos aqui uma formulação pensada para ser executada como um projeto da classe dominante para a recuperação das taxas de lucro e retomada de poder, depois de um período de ampliação de direitos para a classe trabalhadora. Sendo assim, ele é um projeto político dessa fração da sociedade, podendo ser considerado a teoria “das liberdades”, liberdade de mercado, de consumo, de propriedade. Harvey (2014) coloca dois fundamentos principais postos pelo neoliberalismo: a liberdade e a dignidade humana, sendo ambas as categorias com apelo social.

As trocas continuam sendo realizadas no mercado, a liberdade ainda é a da propriedade privada, porém ela apresenta duas contradições, uma que coloca que temos a liberdade de nos expressar, mas que em contrapartida, a expressão da classe trabalhadora não pode ser realizada politicamente, por meio dos sindicatos, por exemplo. E a segunda que a liberdade também é pautada no trabalho e assim no salário, a partir dele vem a dignidade humana. As tais liberdades que o Estado neoliberal apresentava para a substituição do Estado Keynesiano, encarnam os interesses da elite político-econômica, sendo os “detentores de propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro” (HARVEY, 2014, p. 17).

Tanto o Fundo Monetário Internacional (FMI) quanto o Banco Mundial (BM), a partir do governo de Reagan nos EUA, se transformaram em mecanismos de disseminação das práticas neoliberais, criando um ajuste estrutural (HARVEY, 2014). A forma de atuação dessas instituições ocorria por meio do pedido de “implementação de reformas institucionais, que acabavam por prever cortes nos gastos sociais, leis do mercado de trabalho mais flexíveis e privatização” (HARVEY, 2014, p. 38).

Para a classe trabalhadora, a luta de classes se acirra e aprofunda com a hegemonia do neoliberalismo, sendo um período marcado pela desregulamentação de direitos, diminuição do Estado para as políticas sociais, voltando o Estado mais para a acumulação do capital. As privatizações, na década de 1980 em diante, são bastante incidentes como também a retirada dos direitos dos trabalhadores. O Estado aqui é solicitado para reduzir os direitos sociais, ocupando um lugar essencial no processo de neoliberalização e financeirização do capital.

O capitalismo no mundo contemporâneo se deu com a centralidade do capital financeiro no centro das relações econômicas e sociais, como também da dinâmica de acumulação. O neoliberalismo transformou e continua alterando o funcionamento do capitalismo mundial nos últimos 30 anos, ao modo que implicou “na adoção do monetarismo e implantação de políticas governamentais em muitas outras áreas” que não despertavam interesse direto do capital anteriormente ou não se constituíam da mesma forma (HARVEY, 2014, p. 33).

O que determina esse processo, são os contextos de manifestação da queda tendencial da taxa de lucros e as estratégias para reduzir os seus efeitos, utilizadas pelos capitalistas, e correspondem a uma lista grande: privatização de empresas estatais e dos serviços públicos, as políticas de austeridade fiscal e subordinação dos governos aos compromissos da dívida pública, o enraizamento do projeto neoliberal, precarização do trabalho, queda da participação da massa salarial no produto interno bruto. Sempre tendo em vista que tudo isso se interliga com a conjuntura (SILVA, 2021).

O capital financeiro se tornou central nas relações de produção com o avanço do capitalismo, que sempre está em busca de novas formas para extração de mais-valia e acúmulo de riqueza. Para Brettas (2020, p.159) “a desregulamentação financeira apareceu como uma alternativa para ampliar a rentabilidade do capital.”. Essa financeirização do capital se apresentou hegemonicamente a partir da década de 1980, com maior incidência na década seguinte, se dando, simultaneamente, da ascensão neoliberal e apresentando correlações significativas nesse período com o setor financeiro, que estava se expandindo e incidindo nas relações financeiras internacionais.

Alguns processos são essenciais para que o capital financeiro consiga se estabelecer e expandir, sendo eles processos de desregulamentação do Estado, abertura dos mercados nacionais, especialmente de países de capitalismo dependente e a privatização de setores públicos, integral ou parcialmente (SILVA, 2012). Os países não são apenas passivos nessa relação de financeirização do capital, e, portanto o Brasil não

adentrou no processo de financeirização somente por pressões de organismos externos e dos países imperialistas, mas também em decorrência de frações da burguesia que se beneficiaram diretamente com essa abertura ao capital financeiro, por já estarem ligadas ao capital financeiro internacional, segundo Brettas (2020, p.156) “a estabilização monetária foi fundamental para garantir um ambiente mais estável e sedutor ao capital especulativo, bem como as alterações feitas na política econômica para assegurar o pagamento de juros e a liberdade de capitais e a ampliação das bases de extração da mais-valia”.

Para as políticas sociais a financeirização do capital é cruel, Silva (2012, p. 210) aponta que a partir da consolidação desse processo entre as décadas de 1980 e 1990, nós “assistimos a um largo processo de desmonte das políticas sociais destinadas à reprodução social dos subalternizados ao capital, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas, donos do capital portador de juros.” Esse processo decorre por uma junção de fatores, sendo eles a transferência de recursos das políticas sociais para o setor financeiro, que ao decorrer das últimas décadas tem aumentado por conta das recorrentes contrarreformas do Estado Brasileiro, pela transferência de partes significativas do fundo público para o pagamento da dívida. Vinculado a esse processo temos o endividamento dos Estados, que incide diretamente sobre o fundo público e posteriormente sobre o financiamento das políticas sociais e os programas de transferência de renda, que também colaboram para a financeirização do capital, por conta da sua lógica que é vinculada e administrada por instituições bancárias, que às monetarizam e financeirizam, criando, reforçando e aprofundando a focalização das políticas sociais (SILVA, 2012).

Diante disso, a política de saúde, como também as demais políticas sociais, que tiveram seu estabelecimento como direito na CF/88, se tornam uma bela e rentável mercadoria para o setor financeiro, como observamos historicamente. As características da contrarreforma da saúde no Brasil são: gestão da política de saúde para organismos do setor privado, a exemplo das OSs, OSCIPS e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no caso do DF o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES/DF). O subfinanciamento do SUS pós CF/88, o desfinanciamento do SUS a partir do estabelecimento do teto de gastos com a EC.95/2016 (COURI, 2021) e, a implementação de planos de saúde populares. Todo esse processo culmina na apropriação do fundo público pelo setor privado.

Para sustentar as ações de financeirização do capital no Estado, temos o fundo público, sendo um ator central. O fundo público no contexto neoliberalista e de financeirização do capital está ocupando a cada avanço do capitalismo uma centralidade maior. Ele está presente na reprodução do capital nas seguintes formas, segundo Salvador (2012, p. 6):

- Por meio do financiamento e investimento para o capital.
- Pelas políticas sociais, que possibilita a manutenção e reprodução da classe trabalhadora.
- Para a infraestrutura, transporte, investigação e pesquisa, subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- No processo de financeirização do capital, por meio da “transferência de recursos sob a forma de juros e da dívida pública para o capital financeiro”.

A forma mais visível do fundo público é o orçamento público, por isso nos dedicaremos à análise da política de saúde por essa perspectiva também. O orçamento é uma peça técnica, mas que não se finda apenas na finalidade contábil, ele reflete os interesses postos em cada governo por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA) e da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), conforme Oliveira (2009). Nessa direção,

O estudo do orçamento deve ser considerado como um elemento importante para compreender a política social, pois é uma peça técnica que vai além da sua estruturação contábil, refletindo a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos, bem como a definição de quem vai arcar com o ônus do financiamento dos gastos orçamentários. O dimensionamento desses gastos permite compreender e mensurar a importância dada a cada política pública no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política vivenciada no país (SALVADOR, 2012, p. 8).

Do fundo público são extraídos os recursos para o orçamento público, que posteriormente fará parte do planejamento do Estado e nos dará clareza de quais são as prioridades do governo. No Estado Brasileiro, o fundo público ganhou contornos restritivos em relação ao financiamento e aos gastos sociais. Se analisarmos cronologicamente, podemos observar que a década que o capital financeiro se tornou hegemônico é a mesma da nossa Constituição, conhecida pelos ganhos sociais a partir da luta da classe trabalhadora e dos movimentos sociais (SALVADOR, 2012).

Diante disso temos um grande entrave, se o fundo público é o espaço que aloca os recursos do Estado para as mais variadas funções, mas ao mesmo tempo representa a contradição entre o capital e o trabalho e esse processo se intensifica com a financeirização do capital, a garantia de recursos para a efetivação das políticas sociais se

torna muito mais complexa e difícil, dado os elementos que constituem esse período: tributação massiva sobre a classe trabalhadora, contrarreformas do Estado, austeridade fiscal, redução de gastos sociais, privatização de algumas parcelas do Estado e a centralidade da dívida pública no orçamento público. As taxas, contribuições e impostos que compõem o fundo público são pagas majoritariamente pela classe trabalhadora, por conta da forma regressiva do imposto brasileiro, que incide mais sobre o consumo e faz com que quem menos ganha é quem mais paga. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

Com a mundialização do capital, como denomina Chesnais (2005), uma nova forma de acumulação capitalista se instaura, e no interior desse processo a utilização do fundo público se intensificou para suprir as demandas do capital, dando combustível para a expansão econômica por meio da financeirização dele.

A fase da financeirização do capital, juntamente ao neoliberalismo, foi uma resposta para a crise estrutural nas décadas de 1960/1970, pautada acerca dos seguintes pilares segundo Carcanholo (2018, p. 25):

- Reestruturação produtiva.
- Reformas estruturais nos mercados de trabalho que implicaram o aumento da taxa de mais-valia, tanto nos países centrais da acumulação mundial de capital quanto nos países periféricos.
- Aumento da parcela do valor produzido pelo capitalismo periférico para a apropriação/acumulação nos países centrais, seja por mecanismos ligados à concorrência dentro e entre setores produtores de mercadorias, ou ainda por modalidades de remessa de recursos como serviço da dívida externa e transferência de lucros e dividendos, em função do investimento direto estrangeiro.
- Expansão dos mercados, dada a intensificação dos processos de abertura comercial e liberalização financeira.
- Mudança da lógica de apropriação/acumulação do capital, segundo as determinações dadas pelo que Marx denominou de capital fictício.

Esse processo traz o capital portador de juros e o neoliberalismo para o centro das relações sociais e econômicas, o que para os países de capitalismo dependente causa problemas mais profundos. Também, tornou o fundo público um componente imprescindível dentro dessa estrutura, como coloca Oliveira (1988). Portanto, o Estado está sendo cada vez mais requisitado para assegurar as condições gerais de produção e para cuidar das crises cíclicas do capital (BEHRING, 2016), mesmo que o discurso neoliberal, como aponta Cislighi (2020), se diga antiestatal. Da década de 1980 em diante, o capital financeiro tornou-se hegemônico, o papel do Estado acerca de direitos

sociais visto nas últimas décadas chegou a esse período enfraquecido e a estrutura posta culminou na retração das políticas sociais e a forte presença de políticas neoliberais (SALVADOR, 2012).

Misoczky, Abdala e Damboriarena (2017, p. 184), conceituam o neoliberalismo como “um projeto de classe, um programa político dinâmico e resiliente que organiza a etapa atual do capitalismo” e considera o gerencialismo, pauta que Dardot e Laval (2016) também colocam, o braço operacional do neoliberalismo. Misoczky, Abdala e Damboriarena (2017) identificam que tivemos três marcos principais de ascendência do neoliberalismo em um plano mundial, o primeiro em 1947, com a criação da Sociedade de Mont-Pélerin, o segundo em 1973, com o golpe de Estado no Chile e o terceiro, em 1989, a partir do Consenso de Washington que traz a incorporação dos organismos que difundem e aceleram a financeirização do capital, especialmente em países de capitalismo dependente, como o Brasil.

No Brasil, segundo Cislighi (2020), o primeiro momento neoliberal se dá no governo Collor, mas de forma introdutória, depois ganha hegemonia com o governo FHC, no qual vai se dar o NRF e o Plano Real (SALVADOR, 2020) que proporcionará a manutenção do ajuste fiscal permanente nas décadas seguintes. Nesse mesmo período, temos a incidência forte de organismos externos e financeiros, o FMI e o BM (CHESNAIS, 2005), que conduziram as políticas econômicas com supostos fins de crescimento econômico e estabilização da economia, mas que, na verdade, aplicaram políticas caras para a classe trabalhadora, com redução dos gastos públicos, contrarreformas nas áreas da previdência social, privatizações em setores rentáveis públicos, como a saúde, redução dos direitos trabalhistas, além da implicação dos empréstimos que geram a dívida pública e que quem paga a conta é o trabalhador.

Lupatini (2012) coloca que em decorrência das crises recorrentes do capital, a dívida pública se tornou uma “saída”, por meio dos pacotes de salvamento, a qual se torna prioridade para ser paga pelos governos em supressão das demandas sociais, ao mesmo tempo, em decorrência da pressão da dívida, os ajustes fiscais se intensificam e ganham espaço permanente, pelo menos até então. A dívida pública assume um papel de justificar os ajustes fiscais, “alimentando a rentabilidade financeira e legitimando a canalização de recursos do fundo público para o capital, a condução de contrarreformas e a contenção de gastos sociais” (BRETTAS, 2020, p. 159)

A dívida pública também representou “um ponto de apoio impulsionador da expansão do mercado financeiro” (SILVA, 2021, p. 29). Dois pontos a esse respeito são

apresentados, o primeiro sobre a natureza da dívida pública e de seus títulos, como constituição do capital bancário, e a outra que podemos compreender a partir da leitura da dívida pública no Brasil, situando o mesmo como um país periférico e de capitalismo dependente, que a partir das estruturas do capitalismo global se condiciona ao empréstimo de países de capitalismo imperialista, se endividando e sendo condicionado a políticas de ajuste e austeridade fiscal, que repercutem diretamente na destinação e uso do fundo público por meio do orçamento, implicando dentro desse processo de neoliberalização e financeirização, em privatizações, emendas constituições avassaladoras para a classe trabalhadora e no caso da saúde, colocando-a como produto a ser negociado, capitalizado no mercado financeiro. Ou seja, a partir do endividamento do Estado, por meio da dívida pública, o Brasil, em compatibilidade com os organismos externos (FMI, BM e as diretrizes do Consenso de Washington) como apresenta Silva (2021), elimina todas as barreiras possíveis e abre as portas para o processo de implementação da política neoliberal e financeira, repercutindo diretamente nos direitos e na vida classe trabalhadora.

Seguindo os marcos neoliberais brasileiros, a partir dos governos petistas temos o neoliberalismo de cooptação, esse período é marcado por políticas entendidas nas aparências como progressistas e antes até emancipatórias, que no fim das contas resultaram em contrarreformas e que mantiveram o ajuste fiscal permanente em curso desde a década de 1990 (CISLAGHI, 2020). Os capitais financeiros nacionais e internacionais, por meio do orçamento público, continuaram a se beneficiar como sanguessugas, que para além de pegar grande parte do fundo público, orientam os gastos desses recursos, favorecendo o capital portador de juros, os rentistas, em detrimento das políticas sociais (OLIVEIRA, 2009).

Em um cenário mundial, Mendes (2012, p. 96) coloca que diante a financeirização do capital e da crise, fica mais claro o subfinanciamento do SUS, mas que os elementos políticos e econômicos internos dos governos FHC, Lula, Dilma e Bolsonaro, acrescento, dizem mais por serem políticas restritivas voltadas ao “cumprimento de metas de inflação e de superávit primário”, reduzindo o orçamento para a saúde. Mendes (2012, p.96), acrescenta ainda que a “reduzida participação dos recursos fiscais em contraposição à participação nas fontes de contribuição sociais” culminam no subfinanciamento do SUS. Ressaltamos que após a EC 95/2016, nem o financiamento que entendemos como subfinanciamento por não ser suficiente para cumprimento do direito à saúde está ocorrendo.

Misoczky, Abdala e Damboriarena (2017, p. 185) apontam que o neoliberalismo é resiliente e encontra formas de se renovar para manter a estrutura, também fazem uma leitura muito pertinente ao processo neoliberal tendo como base os documentos do Consenso de Washington de 1989 até o Dissenso de Washington de 2001, em que se coloca que a série de documentos lançados são respostas às implicações nocivas do neoliberalismo, que buscam de um modo tradicional, mas com certo requinte de inovação, solucionar esses problemas.

Seguindo essas modificações, chegamos ao último e contemporâneo ponto que Cislaghi (2020) aborda, o ultraneoliberalismo denominado por neoliberalismo do ressentimento, é o momento mais sangrento, que somatiza o pior que a sociedade capitalista tem para oferecer. A violência apresentada a classe trabalhadora e as minorias políticas se dá das mais diversas formas, com aval explícito do Estado, desde o golpe em 2016, depois com a lamentável vitória eleitoral da ultradireita em 2018. Esse processo, significou um aprofundamento de todas as questões citadas anteriormente e que culminaram em rápidas passagens de contrarreformas das políticas sociais e a quebra parcial com a CF/88.

A luta de classes se acirra cada vez mais com este cenário, toda essa conformação incide diretamente sobre o fundo público, que recai sob o financiamento das políticas sociais e a alocação de recursos, que ou vai ser garantido por intermédio da vinculação, mantendo um padrão mínimo de financiamento ou não vai ter espaço real dentro desse orçamento. Infelizmente, mesmo com a vinculação de recursos, se estamos diante de um cenário catastrófico de prevalência do capital, o Estado, por meio do ajuste fiscal permanente, da neoliberalização de suas escolhas governamentais e do capital financeiro, poderá criar mecanismos para redução dos gastos sociais, como a EC 95/2016 (SALVADOR, 2020).

O acesso a bens e serviços por meio das políticas sociais, que contribuem para uma vida mais digna da classe trabalhadora dentro dessa sociedade capitalista, nos demonstra que a garantia dos direitos sociais por meio das políticas sociais é fundamental para a redução dessas desigualdades e para podermos alcançar uma sociedade mais justa e equânime. A saúde pública faz parte desses direitos e é essencial para esse processo, sendo assim no próximo ponto iremos buscar entender como está sendo as implicações desse processo para a política de saúde.

1.2 O Estado Social capitalista e as suas determinações para o financiamento das políticas sociais

O capitalismo é complexo, contraditório e gerador de questões sociais desde a sua instauração, mas por mais que ele sugue e se beneficie de toda miséria da classe trabalhadora, ainda assim ele precisará sempre da força de trabalho que só pode ser oferecida pelo trabalhador. Sendo assim, o Estado não pode apenas consumir os interesses da burguesia (essa é uma contradição da própria burguesia como Marx indicava), mas precisa também dar respostas a classe trabalhadora, que será realizada por meio das políticas sociais. Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 51), “as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social, são desdobramentos e formas de enfrentamento—em geral setorializadas e fragmentadas—as multifacetadas da questão social no capitalismo”.

A base ideológica liberal, que ditou as regras sociais durante o liberalismo e condicionou a classe trabalhadora a desigualdades sociais, repercutindo também no neoliberalismo e sendo retomadas com maior ênfase pela financeirização do capital, podem ser compreendidas pelos pontos que Behring e Boschetti (2011, p. 61) elencam: *Predomínio do individualismo* - todos os direitos tem como cerne o indivíduo, a coletividade não pode existir e a propriedade privada continua sendo central e amplia a sua importância; *O bem estar individual maximiza o bem estar coletivo* - o bem estar só depende do indivíduo, ele por meio do seu trabalho garantirá a sua felicidade e assim a de todos; *Predomínio da liberdade e competitividade* - a ilusória liberdade de escolha, a meritocracia, o indivíduo pode escolher o que quer para si, as condições são iguais, o que modifica é o esforço que cada um emprega; *Naturalização da miséria* - faz parte da sociedade, é um problema moral, não de concentração e distribuição de riqueza; *Predomínio da lei da necessidade* - “baseado nas teses malthusianas”, as necessidades humanas têm que existir, sem que sejam integralmente solucionadas, pois assim se controla o crescimento da população e sua miséria; *Manutenção de um Estado mínimo* - o Estado fica a cargo de legislar e assumir o papel de árbitro, com o único intuito de garantir “a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado”; *As políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício* - essa é umas das mais trágicas concepções liberais, se o Estado ofertar políticas sociais, os indivíduos não terão mais interesse em trabalhar, porque certamente o Estado vai fazer o papel de distribuidor da riqueza socialmente produzida e tirando assim da burguesia os seus altos lucros para

distribuir aos trabalhadores, ou então cobrar altos impostos sobre as grandes fortunas para repartir entre os pobres; *a política social deve ser um paliativo* - a miséria sempre existirá, portanto os indivíduos que não tenham capacidade laborativa de competir no mercado de trabalho, podem acessar as políticas sociais, tendo em vista que a assistência deve ser mínima.

Os direitos sociais no liberalismo são quase que irrisórios e fortemente focalizados, sendo que as expressões da questão social apenas se ampliam por não terem o tratamento devido para serem combatidas. Segundo Salvador (2010, p.54) “Entre a segunda metade do século XIX e o início dos primeiros anos do século XX, as ideias liberais foram enfraquecidas nos seus aspectos materiais e subjetivos”. A partir da crise de 1929 que agrava essa realidade, o projeto liberal clássico precisou ser posto de lado e dar lugar a outro projeto em que se conseguisse realizar uma mediação entre as frações da sociedade de classes e retomar as taxas de lucro. Segundo Pochmann (2004, p. 4):

A emergência do Estado de Bem-Estar Social está fundamentalmente vinculada ao abandono da concepção liberal clássica, originalmente consagrada por Adam Smith, em 1776, no seu livro *A riqueza das nações*. As críticas ao liberalismo deram vazão ao processo de desmercantilização da sociedade capitalista conduzido por forte pressão social organizada e operada por um novo tipo de Estado.

Com a Grande depressão (1929 a 1932) e a quebra da bolsa de Nova Iorque, o cenário econômico mundial foi de crise, e o comércio apresentou uma redução significativa em sua totalidade, sendo de um terço. As consequências da crise para a classe trabalhadora e para o liberalismo foram o “desemprego em massa, a forte queda da renda, a queda na taxa de lucro e, com isso, a perda da credibilidade dos pressupostos do liberalismo econômico, pondo em xeque a legitimidade do capitalismo e dando lugar para o desenvolvimento do keynesianismo.” (SALVADOR, 2010, p. 54).

Mesmo com todo o cenário de pauperização da classe trabalhadora desde a instauração do modo de produção capitalista, os sistemas de proteção social públicos são recentes na história mundial, podendo ser datados a partir da crise de 1929 e sendo essenciais medidas para combater as crises recorrentes do capital (BOSCHETTI, 2016). No período da grande depressão, havia em disputa três projetos ideológicos, sendo os dois primeiros que favoreciam a burguesia, o fascismo e o projeto Keynesiano (que apresentava bases um pouco diferentes do liberalismo clássico), e, o que entrava em contraponto: o projeto socialista (BEHRING, BOSCHETTI, 2011).

O primeiro, o fascismo, surge como uma resposta ao processo da crise de 1929, sendo uma saída encontrada pela burguesia nesse período. O Estado aqui será novamente fundamental para sustentar as respostas do capital para a crise. É interessante notarmos sobre o que Harvey (2006) apresenta sobre a construção abstrata do Estado como ente comum a todos, nos elucidando acerca da abstração da moral, que em algumas ocasiões, encontram no nacionalismo, no patriotismo e no fascismo uma forma para o Estado se apresentar e responder às demandas da classe dominante. Konder (2009) também traz algumas características que são expressivas desses governos e que implicam fatalmente na vida da classe trabalhadora, sendo elas: armamento da população com o intuito de defesa da propriedade privada (para os que tem propriedade privada!), comunicação direta com a massa, eliminação dos partidos políticos, antidemocracia, perseguição política aos que não pensam igual ou similar, disputa ideológica e negacionismo.

O segundo e mais importante para a nossa discussão, o Keynesianismo/Fordismo, se apresenta como uma saída democrática, ele não modifica o quesito do mercado ser a solução para os problemas do indivíduo, porém entra em oposição às premissas do liberalismo clássico, essas bases aqui são contrapostas, a economia é colocada nesse ponto como uma ciência que pode fazer escolhas e assim nas situações adversas o mercado que não consegue manter o equilíbrio sozinho, nem dos capitais, nem do consumo e nem do trabalho, podendo receber uma intervenção vinda do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Estado, com o Keynesianismo, não é mais visto como um ente neutro e a necessidade de atuação dele aqui é reconhecida, devendo desempenhar um papel sob a política fiscal, a política tributária, medidas de emprego e favoreçam o consumo. Já as mudanças que deveriam ocorrer no processo de produção, seriam sob a produção em massa, em série e a jornada de trabalho de oito horas diárias, tendo tempo para além de trabalhar, consumir e assim aquecer o mercado. Enquanto, o Keynesianismo é voltado para as ações do Estado, o Fordismo é voltado para a produção. O Keynesianismo dará a base material e conceitual para as políticas sociais, mas não vai mudar a condição do trabalhador na sociedade capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Fordismo data de 1914, a partir da iniciativa de Henry Ford de estabelecer uma jornada de trabalho de 8h diárias e um acréscimo de cinco dólares para os trabalhadores que fizessem parte da linha de montagem automática, porém, mesmo antecedendo o Keynesianismo o Fordismo só consegue se estabelecer após a Segunda Guerra Mundial associado às ideias de Keynes. Outro ponto importante é que a atuação do Estado foi

essencial para o estabelecimento do Fordismo, diante de ambos os processos apresentados, o fordismo se consolidou “como regime de acumulação plenamente acabado” e que culminou em “um surto forte de desenvolvimento econômico em vários países” (SALVADOR, 2010, p. 61 e 62).

Diante desse cenário, podemos compreender que como no período inicial do capitalismo, agora os direitos não serão estabelecidos sem luta pela classe trabalhadora. As reivindicações aceitas pelo Estado, são frutos dessa luta, a classe trabalhadora gradualmente vai conquistando direitos. Assim, a luta da classe trabalhadora foi decisiva para a mudança do Estado no final do século XIX, tornando possíveis direitos políticos, como o voto.

No que diz respeito às políticas sociais, esse processo ocorreu por meio do estabelecimento do Estado Social, que se deu de forma diferenciada e em momentos distintos em cada lugar, mas que dentro de sua estrutura geral apresentam três pontos que são comuns a todos os países que implementaram um Estado social, sendo eles: O aumento do gasto social com políticas sociais, a ampliação da seguridade social seguindo as estruturas bismarckianas e beverigianas³ e a terceira, a ampliação da regulação estatal (BOSCHETTI, 2016, p.69).

Para que essa mudança substancial ocorresse, como foi indicado, o capitalismo passou por uma de suas recorrentes crises, que se deu em 1929 e ficou conhecida como a Grande Depressão. A leitura que temos aqui é compatível com a que Mészáros (2011) faz em *A crise estrutural do capital*, em que o capitalismo tem uma crise estrutural, que apresenta os limites que esse sistema tem intrínseco a si, e para lidar com essas crises segundo Marx (2015), o capitalismo, vai destruir a força de trabalho e, por outro lado, vai expandir o seu comércio, o seu mercado de atuação. As políticas sociais assumem aqui um papel essencial para o crescimento econômico e retomada das taxas de lucro, especialmente sob a forma de sistemas de proteção social e do Estado Social (BOSCHETTI, 2016).

O termo Estado Social utilizado aqui, refere-se ao que Boschetti (2016, p.23) compreendeu como uma atualização a partir do aprofundamento da categoria, portanto a compreensão que temos de Estado social concerne “a regulação estatal das relações

³ Para Behring e Boschetti (2006) o modelo bismarckiano implementado, é um sistema de seguros sociais, correlato aos seguros privados, sendo o direito garantido sob contribuição prévia do trabalhar, sendo o vínculo empregatício, em sua maioria, obrigatório. O modelo por sua vez beverigiano apresenta uma lógica de proteção social mais ampla e universal.

econômicas e sociais no capitalismo, que tem nas políticas sociais uma determinação central”. O Estado Social e as políticas sociais apresentam uma contradição elementar, ao mesmo tempo, em que são conquistas que garantem melhores condições de vida para a classe trabalhadora, ambos não têm o objetivo de emancipar esses trabalhadores.

Podemos notar uma alteração no padrão de desigualdade entre as classes a partir do Estado Social pós-crise de 1929 até a crise do petróleo, em que a classe trabalhadora apresenta e tem melhores condições para se reproduzir, mas mesmo nesse período não foi possível ela se libertar das estruturas condicionadas enquanto classe e o que é pior, ao passo em que o sistema capitalista entra em crise e a luta de classes se acirram, ela apresenta esse piora no padrão de vida. Para Boschetti (2016, p. 25):

Significa reafirmar que as políticas sociais são conquistas civilizatórias que não foram e não são capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, mas instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteram o padrão de desigualdades entre as classes sociais, sobretudo a partir de sua expansão na segunda metade do século XX.

O Estado social em uma concepção marxiana “se situa na relação estrutural entre Estado e economia no capitalismo, ou seja, não pode ser dissociado do modo de produção concreto do capitalismo e de sua essência: o processo de constituição do valor e do mais valor (mais-valia) determinado pela exploração da força de trabalho, como condição para a acumulação” (BOSCHETTI, 2016, p. 64).

Para Pochmann (2004), os condicionantes estruturais dos sistemas de proteção social têm ao menos três pontos centrais como parte da constituição dos Estados Sociais: Lógica Industrial Moderna, Democracia de Massa, Sociedade Salarial e Crise nas Condicionalidades Estruturais. Boschetti (2016) coloca que as suas funções principais são: reprodução da força de trabalho, reprodução da futura força de trabalho (crianças e jovens), a manutenção dos incapacitados ao trabalho momentânea ou permanentemente e a reprodução da totalidade das relações sociais, das contradições sociais e da luta de classes.

O Estado Social possibilitou o reconhecimento dos direitos sociais, especialmente no que diz respeito a estruturação da proteção social, possibilitando a classe trabalhadora melhores condições de vida, alguma redução das desigualdades sociais e uma maior participação da classe trabalhadora na distribuição do fundo público, contudo as relações

ainda se deram baseadas no mercado, o que não modificou a estrutura e os objetivos capitalistas, de maior lucro (BOSCHETTI, 2016).

É importante salientar que o Estado social que se constitui na sociedade capitalista não tem como intuito utilizar das políticas sociais para socializar a riqueza, nem ser um contraponto ao modo de produção capitalista, portanto ele incorporará a luta de classes e as disputas colocadas entre as parcelas da sociedade. O Estado social é descrito por Boschetti (2016, p.62) como um "fenômeno capitalista contraditório" que em algumas situações atenderá as reivindicações da classe trabalhadora, mas que sempre será "um elemento constitutivo da sociedade capitalista".

As mudanças que o capitalismo realiza são sempre para garantir e expandir o lucro, sendo assim Ian Gough (1978) aborda essa colaboração do Estado Social para a acumulação do capital, tendo ele três funções, a de acumulação - o consumo e o trabalho indireto fazem a acumulação se ampliar; legitimação - legitimar as relações econômicas que existem nessa sociedade, as relações de exploração; a reprodução - que corresponde a existência e reprodução do indivíduo.

O Estado social, nos países centrais, a partir da sua configuração, culminou na expansão do mercado de consumo. Esse processo foi determinante para que a política de pleno emprego, proposta pelo Keynesianismo, pudesse ocorrer entre o período de 1945 a 1975, nesse período o fundo público se apresenta com ênfase e entra "como financiador das políticas anticíclicas nos períodos de refração econômica", conforme Salvador (2010, p. 27).

Aqui temos a presença de outro ator fundamental para a manutenção da classe trabalhadora a partir do Estado Social, mas não somente dela, como também do capital: o fundo público. O fundo público vai se tornando essencial para a ampliação de direitos da classe trabalhadora, ainda não sendo o suficiente para a redução expressiva das desigualdades sociais, mas significando melhores condições de vida e de acesso a bens e serviços.

O fundo público passa a ser acionado pelo Estado para garantir a fomentação e implementação das políticas sociais. Com a predominância dos Estados Sociais a partir do período Keynesiano e Fordista, o fundo público passou a ser central nas relações capitalistas. Segundo Salvador (2010, p. 27), o fundo público com "o alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo, o que viabilizou o compromisso de pleno emprego nos países centrais no período de 1945 a 1975".

O fundo público foi essencial para a consolidação do Estado social e utilizou do “financiamento público para reprodução da força de trabalho” demonstrando que os recursos do orçamento estatal, alocados nele, são extremamente importantes para a reprodução social. O orçamento público se torna responsável pela reprodução de uma parcela da população. No Keynesianismo, segundo Salvador (2010), o crescimento salarial indireto foi essencial para garantir a expansão do mercado de bens e serviços, permitindo aos trabalhadores, por intermédio das políticas sociais que compunham o Estado Social, a consumir mesmo que não integrassem no mercado de trabalho.

Esses processos apontados anteriormente fazem com que o fundo público e posteriormente o orçamento público seja alvo de disputa no interior da sociedade capitalista, como coloca Salvador (2010) “O orçamento público é um espaço de luta política, onde as diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses”.

Para os países de capitalismo central o Estado de Bem-estar Social foi algo concreto, mas para os demais países esse processo não ocorreu da forma que se deu nos países centrais ou sequer chegou a ocorrer, como coloca Pochmann (2004, p. 3):

Apesar da convergência de uma série de reformas socialdemocratas realizadas ao longo do século XX em diversos países, observa-se que a presença plena e mais avançada do Estado de Bem-Estar Social foi uma excepcionalidade das economias que constituem o centro do capitalismo mundial, ou seja, uma minoria de nações e também uma parcela relativamente pequena do conjunto da população mundial. Nas economias capitalistas periféricas, as reformas de caráter socialdemocrata foram de menor expressão, engendrando significativas variações no grau de proteção social.

Para Boschetti (2016) o uso da categoria Estado social é feito muitas de forma generalista, em que o termo é concebido para abarcar políticas sociais que não necessariamente tenham como objetivo fazer parte de uma proteção social que seja ampla dentro das peculiaridades de cada país, apresentando-se com características e formações específicas de acordo com cada localidade, mas tendo um cerne comum a todos.

Portanto, a oferta de políticas sociais isoladas ou até em conjunto restrito, como, por exemplo, o que temos no Brasil como seguridade social, não configura um sistema de proteção social e muito menos um Estado social. Como a autora bem explica, após uma exposição detalhada acerca do Estado Social em diferentes países europeus “É possível afirmar que a seguridade social não se confunde e nem é sinônimo de *Welfare*

State, État Providence ou Sozialstaat, mas é parte integrante, e mesmo elemento fundante constituinte de sua natureza, bem como de sua abrangência.” (BOSCHETTI, 2016, p.44).

A forma que foi se dando os sistemas de proteção social nos países de capitalismo central, não podem ser entendidas como um processo evolutivo, mas por processos marcados “por rupturas, continuidades e transformações históricas”, conforme Pochmann (2004, p. 5).

Para Boschetti (2016), mesmo existindo diferenças entre os países, o financiamento do Estado Social fica a cargo dos trabalhadores assalariados, com as contribuições retiradas diretamente de seus salários. Esse processo nos demonstra que a desigualdade social não é combatida e reduzida para acabar com as desigualdades entre as classes, mas que propicia o crescimento do capital, deixando também espaço para que os serviços possam ser mercantilizados.

Compreender a seguridade de cada país é importante para entender a natureza do Estado Social. No Brasil a seguridade social é composta por três políticas sociais: saúde, assistência social e previdência social. Sendo assim, a seguridade social brasileira segue os pilares que Boschetti (2016) indica que fazem parte da constituição histórica da seguridade social, os seguros sociais (previdência social), a assistência à saúde (o SUS) prestações de serviços assistenciais (a assistência social, com o Benefício de Prestação Continuada - BPC), o que não garante ao Brasil a estruturação de um Estado Social, apenas das políticas sociais em uma formatação fragmentada de proteção social. Boschetti (2016, p.44)

Não consideremos aqui que o Brasil tenha tido ou esteja em um Estado de Bem-estar Social, mas que ao longo do tempo foi sendo estabelecidas políticas sociais em campos variados que proporcionaram um acesso maior da população a direitos antes negados e que, ao mesmo tempo, esses direitos, mesmo que se ampliem em algum marco temporal específico, diante dos retrocessos para o campo social acabam por serem diminuídos ou acabados. Também é importante salientar, que a ocorrência desse processo é própria desse modo de produção e que como veremos a partir de agora, a intensificação da financeirização do capital e a atual fase neoliberal que vivenciamos implicam direta e decisivamente na garantia de direitos, e aqui em especial o direito à saúde pública, ao SUS.

1.3 Os reflexos para o financiamento da política de saúde no Brasil

Na década de 1980, por meio da luta promovida pelos movimentos sociais, especialmente o movimento da reforma sanitária, e conjuntamente à classe trabalhadora, o acesso à saúde passa a ser direito por meio da CF/88, estabelecendo a quebra da assistência pautada na medicina previdenciária, o que é um ganho muito grande para a população brasileira em questões de ampliação e cobertura do acesso. Contudo, o SUS nasce em meio ao neoliberalismo, o que acarretando algumas problemáticas para a sua existência e materialização, especialmente acerca do seu financiamento, já apresentando desde o início um processo de resistência para cumprir o que foi estabelecido. Tendo em vista que esse período é de retomada das taxas de lucro devido à crise do capital, o Estado e as políticas sociais no decurso dessa época foram colocados a postos do capital para que fosse garantido a reprodução das classes (CISLAGHI, 2019).

Para que a política de saúde possa ser garantida para a população, conforme o que foi consagrado na CF/88 são necessários recursos, mas diante das demandas neoliberais esse processo se dificulta, ficando marcado pelo aprofundamento da financeirização do capital e do ajuste fiscal, que intensifica a disputa pelo fundo público.

O fundo público é um espaço de disputa e reflexo dos principais interesses governamentais, transparecendo as vontades e a força das classes detentoras de poder ou frações dela conforme o período analisado, hegemônicas das classes detentoras de poder, que expressam, tendo o suporte e apoio do Estado essencial para esse processo. O orçamento é uma peça fundamental para serem garantidos os direitos sociais e o direito à saúde posteriormente. Percebemos que os interesses coletivos não demonstram prioridade dentro do cenário apresentado nas últimas décadas, fazendo-se presente com veemência os interesses das contrarreformas do Estado brasileiro.

No Brasil, o ajuste fiscal permanente se tornou um dos mecanismos da política neoliberal, aprofundando o embate existente desde a CF/88 sobre o financiamento das políticas sociais. O detrimento da garantia de direitos em razão de políticas neoliberais, voltadas especialmente para questões referentes a macroeconomia do país, fez com que uma das funções mais importantes e primordiais do fundo público fosse preterida. Esse processo é claramente evidenciado pelas escolhas governamentais, que vêm ocorrendo em um ritmo acelerado, priorizando questões referentes à amortização da dívida pública, por exemplo, mas não somente, e deixando os direitos fundamentais para a população de escanteio (SALVADOR, 2020).

Piola e Vianna (2008, p.234) colocam, que na contrapartida desse novo processo de acesso à saúde, existem muitas questões problemáticas para que o direito de fato seja garantido. A separação decorrente dos processos anteriores, em que a assistência médica era previdenciária, reduz, mas não acaba, alguns indicativos disso colocado pelos autores são os privilégios dos servidores públicos que mantêm serviços de saúde especiais e a expansão dos planos de saúde e seguros de saúde privados, que contam com abatimentos fiscais. O Brasil financia assim a saúde no setor público e no privado.

Observamos, que esse processo apresentado pelos autores se ampliou, tendo em vista que no Brasil a população utiliza de vários meios para ter acesso ao campo da saúde. Piola *et al* (2013, p. 20) e Bravo *et al* (2019, p. 152), apresentam as principais formas de acesso no país:

- Pelo SUS, que se caracteriza pela gratuidade e universalidade de acesso, tendo como fonte de financiamento exclusiva os recursos públicos que provêm de fontes de arrecadação dos entes federativos em forma de impostos e contribuições sociais.
- Os planos de saúde privados, pagos previamente e que apenas uma parcela específica da população tem acesso.
- A atenção à saúde para os servidores públicos, civis, militares e seus dependentes, financiado de forma compartilhada entre recursos públicos e recursos dos beneficiários, que geralmente têm os seus atendimentos realizados na rede privada.
- Serviços de saúde particulares, em que a população acessa mediante pagamento na ocasião.
- Planos populares de saúde, que a partir de 2016, foram apresentados na agenda de saúde no Brasil, com o intuito de “desafogar” o SUS.

Diante das diversas formas de acesso à saúde no Brasil, o financiamento do SUS acaba sendo fragmentado em inúmeras ações, perdendo o sentido da totalidade e do fortalecimento do SUS. Nessa mesma direção, isso tem implicações na oferta dos serviços de saúde para a classe trabalhadora. O financiamento que ficou estabelecido na CF/88 por intermédio da vinculação de recursos orçamentários e a descrição da responsabilidade de gastos públicos obrigatórios. Diante da tradição perversa do orçamento fiscal no Brasil, que sempre priorizou os interesses do capital, essa vinculação de recursos foi de extrema importância para que se pudessem viabilizar os direitos alcançados. (SALVADOR, 2020). O financiamento das políticas sociais, em especial da seguridade social e, particularmente, da política de saúde, ganhou delineamentos significativos em seus orçamentos com a CF/88. Entre os entes federados, a responsabilização foi que as:

Contribuições sociais elencadas no artigo 195, que são exclusivas para o financiamento do orçamento da seguridade social; c) o gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde para União, Estados, DF e municípios; d) recursos aos estados e municípios, por meio do Fundo

de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (SALVADOR, 2020, p. 373).

Desde a década de 1990, a vinculação dos recursos para a saúde são pauta presente nas discussões sobre o seu financiamento, o que culminou na contratação de empréstimos através dos recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), para pagamento de dívidas acerca de atendimentos executados tanto no setor público quanto no privado. Na tentativa de corrigir os problemas de financiamento da saúde pública, foi aprovada no ano de 2000, a Emenda Constitucional 29 (EC 29), passando a ter uma base de cálculo para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Além da EC 29, foram estabelecidos por meio do art. 77 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) os percentuais mínimos para aplicação em ASPS pelos entes federados. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

No ano de 2013, o Movimento Saúde +10⁴, que contou presencialmente com 1.200 pessoas, além de 1.250.000 assinaturas, reivindicou por meio da participação popular em um ato de defesa pela saúde pública, que 10% da receita bruta da União fosse destinada à política de saúde (CNS, 2013). Em 2015, com a aprovação da EC 86, outra mudança na base de cálculo referente ao gasto mínimo da União com ASPS foi posta, a partir dela a vinculação sobre o percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) ocorreria de “forma escalonada, como segue: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020.” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Subsequente a esse ano, em 2016, a Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016, propôs um Novo Regime Fiscal (NRF) para as despesas primárias, à qual a saúde se encontra, que foi concretizado com a aprovação da EC 95/2016⁵ colocando em novos parâmetros o financiamento do SUS, revogando assim os percentuais acima elencadas.

A EC95/2016 foi estabelecida após o golpe do vice-presidente Michel Temer que derrubou a presidenta Dilma Rousseff do poder. No programa A travessia Social - Uma

⁴ O Movimento Saúde 10+ tem como pauta central da luta o financiamento da política de saúde, buscando que a União aplique 10% da sua receita corrente bruta na saúde pública.

⁵ A EC 95 de dezembro de 2016 instituiu segundo o ART 106 “o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.” Sendo que “II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.” Texto na íntegra em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Ponte para o Futuro do MDB, partido do Michel Temer, foi elencado as necessidades de mudança que o país precisava passar para alcançar uma estabilidade econômica com bases neoliberais, sendo assim, segundo ele: “O Estado brasileiro expandiu demasiadamente as suas atribuições e acabou desabando sob seu próprio peso. Em qualquer horizonte razoável, o Estado terá que renunciar a funções de que hoje se ocupa, e terá mesmo que amputar partes de sua arquitetura.” (MDB, 2015, p.5). Com esse projeto neoliberal hegemônico da burguesia, com o intuito de retomada de poder, alicerçou-se a austeridade fiscal, nesse contexto frutífero a EC95/2016 se estabeleceu, trazendo consequências ao financiamento das políticas sociais, em particular, da saúde e educação, que têm gastos mínimos obrigatórios.

A EC 95/2016 pode ser considerada a mais grave até o momento para o financiamento da saúde pós CF/88, porque nela foi estabelecido um teto de gastos dentro dos próximos 20 anos. Nesse NRF, o crescimento com as despesas primárias, entre elas a saúde, não podem ultrapassar o crescimento real para além da inflação, culminando no congelamento de gastos até o ano de 2036 (PAIVA et al, 2016). Segundo análise de Salvador (2020), nos primeiros três anos de vigência da EC 95/2016, os gastos com a função saúde tiveram um aumento insignificante de 0,39%, materializando esse processo de congelamento.

Salvador (2020) coloca ainda, que diante da natureza obrigatória e vinculada desses recursos foi possível até a EC 95/2016 garantir o mínimo de financiamento da seguridade social, ainda que em contexto de subfinanciamento de recurso, ou seja, aquém do necessário para cumprir as determinações constitucionais de universalizar a política. Sendo importante ressaltar, que desde a concretização do SUS o financiamento das ações e serviços de saúde não foram simples de serem realizados, em decorrência das políticas neoliberais, das contrarreformas recorrentes no Estado Brasileiro e da financeirização do capital, como o autor também apresenta.

Uma das expressões mais presentes do neoliberalismo, como colocado anteriormente, vem sendo o ajuste fiscal permanente, em que entra a desestruturação de forma geral do âmbito social do Estado, especialmente da seguridade social. As políticas de austeridade fiscal, imersas no conjunto do neoliberalismo, emergiram novamente em 2016, a partir do golpe do então vice-presidente do Governo Dilma, Michel Temer (SALVADOR, 2020).

Esse ajuste fiscal, que retornou com força em 2016, teve começo em 1993, apresentando parte da sua base de elaboração com o Plano Real em 1994, construindo

assim o “tripé da macroeconomia neoliberal” (SALVADOR, 2020, p.376). A partir desse momento começa às sucessivas tentativas de desestruturação dos direitos garantidos e determinados na CF/88, tendo como um dos principais mecanismos a desvinculação de recursos, que desobriga a vinculação de recursos provenientes de fontes diretamente tributárias (SALVADOR, 2020).

O NRF retrocede ainda mais, o que foi garantido na CF/88 e traçado até o ano de 2016, ajudando a promover as inúmeras formas de acesso privado a saúde, ignorando a trajetória de crescimento real do gasto público, como Viera e Benevides (2016) apontam, mas acima de tudo desrespeitando a população brasileira, a classe trabalhadora, especialmente a camada com menores salários ou que estão fora do mercado de trabalho formal, que sustenta o país e que precisam da existência e do funcionamento do SUS. Além de todas as pessoas que lutaram para alcançar esse direito, e que lutam constantemente na busca de mantê-lo.

Bravo *et al* (2019) colocam que o interesse governamental, especialmente de 2016 adiante, não é o de exterminar o SUS, mas de transformá-lo em complementar à atenção privada em saúde, o que está sendo chamado de complementaridade invertida. Esse processo é mais uma quebra com o garantido na CF/88, em que coloca a atenção privada como complementar ao SUS, perante a necessidade. O governo Temer inviabilizou as garantias sociais da CF/88, a partir do seu plano de governo, trazendo com ênfase a “radicalização do projeto liberal”, que conformou as reformas do Aparelho Estatal, abrindo uma porta sem precedentes para os interesses privados nos campos econômicos, social e político, mantidos e aprofundados no governo que o sucedeu (BRAVO, 2019, p.142).

Esse plano de governo, segundo Bravo et al (2019) apresentou duas frentes a partir do NRF, a primeira acerca da desestruturação das políticas sociais e o apagamento dos direitos da classe trabalhadora, tendo como base a limitação com esses gastos e as contrarreformas da previdência e a trabalhista. A segunda, à limitação de atuação do Estado na economia, que apresenta como resultado a falta de investimento público, em que pese a abertura mais uma vez para o setor privado atuar, nesse caso nas empresas estatais.

Vieira e Benevides (2016), nos atentam para algumas implicações da EC 95/2016 sobre os vários serviços do SUS, como as ações de prevenção à saúde, que ocorrem majoritariamente na atenção primária e que conseguem diminuir a incidência de doenças, especialmente para a classe trabalhadora. Além disso, as autoras também trazem a

incidência para os atendimentos de urgência e emergência e pronto atendimento, sendo extremamente necessários para a população.

A oferta de serviços em locais que não tenham infraestrutura adequada é outro ponto importante da implicação da EC 95/2016, sendo que não seria possível melhorar a estrutura por conta da impossibilidade de destinar recursos para haver essa melhoria, visto que com os valores recebidos só seria possível manter o que já está posto. Acrescentam ainda acerca da judicialização da saúde, processo que pesará mais para a população de baixa renda. Por fim, o aumento sobre as desigualdades na oferta de bens e serviços em todo território e o aumento da disputa por recursos entre as políticas sociais, o que já é visível (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p.15).

Diante do que já foi apresentado, a EC 95, vai além de reduzir drasticamente o financiamento para a saúde. As suas implicações recaem especialmente sobre os mais pobres e é um mecanismo para alargar a inserção da saúde privada no setor público, também por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS). Um ponto importante acerca da inserção dessas organizações privadas no setor público é que elas ocorrem majoritariamente nos estados e municípios. A partir dessa característica e com a EC 95 o financiamento da política de saúde sofre um agravamento, pois a União reduz mais ainda a sua participação no financiamento da política, enquanto os demais entes federados repassam parte de seus recursos para o setor privado por meio das OSs e OCIPS.

Para os estados e municípios o efeito da EC95/2016 se dá por meio das transferências fundo a fundo. A união constitucionalmente precisa transferir no mínimo o mesmo valor do ano anterior mais o percentual da variação do PIB para a área da saúde. Se o teto não for excluído

“o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos Estados e Municípios será fortemente atingido, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados.” (MARIANO, 2017, 262).

A contrarreforma na saúde pública promove também novos modelos de gestão, com a participação do setor privado, valorizando o capital novamente e trazendo as “racionalidades burguesas na área pública, como metas, programas e precarização do processo de trabalho” (BRAVO *et al*, 2019, p.157). Mendes (2017) apresenta o agravamento diante da inserção das OSs e OSCIPS que contribuem diretamente no

subfinanciamento do SUS: o processo de transferência de recursos públicos para a gestão privada, por intermédio das OSs, movimento cada vez mais utilizado. Processo garantido na Lei de Responsabilidade Fiscal, que possibilita que os gastos com pessoal se mantenham e não aumentem, que as renúncias fiscais cresçam por meio da dedução no imposto de renda dos gastos com a saúde privada e a concessão fiscal a grupos privados e a indústria farmacêutica.

Silva (2021) coloca que a um “movimento incessante de contrarreforma” da seguridade social. Esse processo de contrarreforma inicia-se na década de 1990, sendo sempre perpassado pela conjuntura do período, que ditará quais instrumentos serão utilizados, a correlação de forças postas e a relação entre o Estado e os interesses do capital. Esse movimento de contrarreforma busca sempre abrir e dar espaço para o setor privado, tornando as políticas sociais serviços e mercadorias que podem ser vendidas no mercado financeiro e alcançando altas taxas de lucro.

A saúde pública no governo Temer apresentou, segundo Bravo *et al* (2019, p. 145), as seguintes características: “redução do tamanho do SUS e seu financiamento; a versão popular dos planos de saúde; a diminuição do poder de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); a revisão da PNAB e da política de saúde mental”, além de cercear a participação popular nesses processos de tomada de decisão. Bravo *et al* (2019) elencam as implicações no setor da saúde a partir do NRF do governo Temer:

- Reformulação da Rede de Atenção Psicossocial;
- Corte de recursos dos Programas Farmácia Popular;
- Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- Criação dos planos de saúde populares.

A reconfiguração da PNAB estabeleceu novos padrões de ações e cuidados para com a saúde na atenção primária, culminando na segmentação do acesso à APS. Os novos padrões colocados, foram divididos entre o que denominaram de essenciais (ações e procedimentos básicos) e ampliados (ações e procedimentos recomendados conforme a especificidade local e da gestão) (BRAVO *et al*, 2019). Além disso, em outubro de 2019, foi acordado que o financiamento da atenção básica para o ano de 2020, passaria a responder a novos critérios, baseado no número de pacientes cadastrados em cada UBS, no qual eles denominaram por capitação ponderada, o segundo o desempenho de cada equipe e o terceiro o incentivo para ações estratégicas. Independentemente da divisão

posta, o que ocorre mesmo é mais uma forma de fragmentar os recursos para o SUS (SALVADOR, 2020). Aprofundando ainda mais o cenário posto para os direitos sociais, existe ainda a ameaça da aprovação de um pacote de medidas econômicas, chamado por AI5 econômico⁶, que prevê o desmonte do Estado brasileiro. (SALVADOR, 2020). Bravo *et al* (2019, p. 155), coloca que os governos Temer e Bolsonaro compactuam nas propostas de reforma da saúde pública, indo contra o fortalecimento e consolidação do SUS e reforçando o projeto de uma saúde pública voltada ao mercado, desconsiderando principalmente o princípio da universalidade.

Acerca da APS, é importante registrar que no ano de 1979, a Fundação Rockefeller organizou uma conferência para discutir a APS seletiva nos países em desenvolvimento, o tema da conferência foi “Saúde e População em Desenvolvimento”, na época o que foi apresentado ia contra ao que foi estabelecido na Conferência de Alma Ata⁷. O primeiro discutia uma APS seletiva, que objetivava intervenções de baixo custo para um grupo específico de doenças, que apresentavam maior recorrência nesses países. (SOCORRO, 2013). Bravo *et al* (2019) complementam que o que está ocorrendo com a APS é o estreitamento do que hoje consideramos a porta de entrada do SUS, e que esse processo culmina na extinção dos serviços que atendem a grande parcela da população.

Outro exemplo ligado com a APS que demonstra o desfinanciamento do SUS, é o Programa Farmácia Popular, instituído em 2004, apresentou no ano de 2017 um corte de recursos que acarretou o fechamento de 400 farmácias públicas. Essas farmácias, atendiam principalmente às populações de municípios e bairros pobres do Estado Brasileiro. Enquanto parte dos recursos são direcionados ao programa intermediado pela iniciativa privada, as farmácias das unidades públicas de saúde são reduzidas ou até extintas. (BRAVO *et al*, 2019, p.150).

Acerca dos planos de saúde populares e acessíveis, proposto pelo governo Temer, tendo como fundamentação que é necessário desafogar o SUS, foi publicada a portaria n.1.482, em 4 de agosto de 2016, que resultou no estabelecimento de três modalidades

⁶ O AI 5 econômico é um pacote de medidas, apresentado pelo Plano mais Brasil, que tem como intuito impedir a realização dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988.

⁷ A conferência de Alma Ata ocorreu em 1978, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata (Cazaquistão), com o intuito de promover o acesso de todos os povos à saúde. A atenção primária a saúde foi posta como central nesse momento e indicou a necessidade de abrangência dos serviços para esse nível de atenção. Para saber mais, segue o link de acesso da tese “Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde” da Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Matos, com acesso disponível em https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14776/1/2013_MariaDoPerpetuoSocorroAlbuquerqueMatos.pdf

para esses planos acessíveis: o plano simplificado, o plano ambulatorial e hospitalar e o plano em regime misto de pagamento.

Esse processo de criação dos planos populares de saúde remontam o cenário que o movimento social da reforma sanitária tanto lutou para romper. A saúde proporcionada pelo SUS, com esses novos indicativos, colocam novamente no patamar do que Socorro (2013) chamou de “saúde pobre para os pobres”. Bravo et al (2019) indicam que a formação de uma política de saúde pública orientada para a população brasileira mais pobre retira do SUS os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade consagrados na CF/88. Acrescenta ainda que toda essa condição dos planos de saúde populares, apenas criam um campo furtivo “ao capital privado por intermédio do acesso à saúde privada”, se tornando controverso o argumento de desafogar o SUS, por meio desses planos de saúde populares, visto que os procedimentos que requerem maior custeio, os planos não cobrem, e o paciente retorna aos SUS para realizá-los.

Ao fim, o que se busca não é que a população brasileira possa ter acesso à saúde pública de qualidade, com os princípios do SUS garantidos, mas sim que o capital privado, que a todo momento esteve mais ou menos presente no setor público de saúde, possa se tornar mais uma vez protagonista.

Esse processo de corte de recursos certamente quebra os preceitos do SUS garantidos na CF/88 e não asseguram aos indivíduos o acesso para contemplar a universalidade, a gratuidade, a promoção, o cuidado e atenção à saúde, fazendo do acesso universal dessa política um processo ainda mais seletivo, focalizado e excludente, tendo em vista também que em nenhum período do SUS, este apresentou um financiamento coerente com a sua proposta de universalização. Esse cenário nacional prepara o terreno para problematizar as implicações desse processo para a política de saúde no DF, como também o uso do planejamento e do orçamento para materializar esses objetivos do capital financeiro e do neoliberalismo.

Capítulo 2- A política de saúde e o planejamento social como instrumento de efetivação das políticas neoliberais e de financeirização do capital

2.1 A importância e possibilidades do planejamento social para as políticas sociais

Como já percebemos, as sociedades capitalistas constituem espaços de luta entre as classes sociais, expresso mais claramente pelo embate entre o capital e o trabalho. O

Estado capitalista, como Osório (2014) coloca, condensa essas relações de força que permeiam a sociedade e fazem com que relações de exploração e dominação sejam produzidas e reproduzidas. Ele sempre expressará os desejos particulares da classe burguesa sobre os da classe trabalhadora, sendo assim um Estado de classes. Esse processo é realizado de tal forma que perdure e organize a vida comum. Uma dessas formas é por meio do planejamento social, que indicará juntamente a outros mecanismos, quais são os interesses prioritários do Estado e de que forma ele realizará o que é necessário acerca dos direitos e demandas sociais.

O Estado é quem vai elaborar, realizar e executar em primeira instância o planejamento social, conformando tanto ele quanto às políticas sociais de acordo com os seus interesses, que poderão se apresentar mais amplos ou mais restritos conforme a relação e as demandas de reprodução do capital e do trabalho, sendo sempre reflexo da conjuntura política, econômica e social posta. Diante disso, ele se torna um mecanismo ou instrumento que como os outros não são apenas peças técnicas, mas sim de representação e interesse político das classes sociais (OSÓRIO,2014). Alguns são os limites apresentados ao planejamento social, ao passo que esse Estado é condensador dos interesses das classes dominantes, interesses privados, que privilegiam a reprodução do capital, em detrimento da classe trabalhadora. Entendemos que o Estado por mais que se coloque como “Estado de todos”, dentro da sociedade capitalista ele não será um Estado para todos e o planejamento social expressará de alguns modos os interesses privados, juntamente ao fundo público e ao orçamento público

As divisões colocadas dentro de um Estado capitalista entre questões econômicas e políticas são problemáticas para o planejamento social, visto que dentro do que se estabelece as ocorrências de uma não teria implicações ou ligações com a outra, quebrando com a totalidade social e deixando de trazer correspondência entre elas. Outro limite é sobre o princípio da cidadania, como Osório (2014, p.23) coloca “cada cabeça um voto”, esse ponto traz a reflexão sobre a supressão do entendimento de grupo, comunidade como o Autor dimensiona, para o campo da individualidade, princípio liberalista, que pode trazer às classes subalternas, especialmente, a não identificação com o grupo, classe à qual pertence e posteriormente não compartilhar mais com os interesses da classe trabalhadora, mas com o da classe dominante, por meio de uma dita razão baseada na ideologia posta.

Não existe uma única corrente intelectual que pense sobre o planejamento, Friedmann (2006) deixa claro em sua exposição, que existem diferentes propostas de

fazer planejamento⁸ e que elas apresentam visões conflitantes, em decorrência do período histórico, social, econômico e político posto. Portanto, o planejamento estatal, será realizado acerca dos interesses colocados, das lutas presentes e de acordo com o avanço ou não de cada parcela da sociedade.

O termo planejamento em uma "perspectiva lógico-racional" segundo Baptista (2015, p.14) diz respeito a um "processo permanente e metódico de abordagem racional e científica de questões que se colocam no mundo social", tendo como base o momento histórico vivenciado. Tendo em vista isso, o planejamento é colocado como uma peça técnica, que "supõe uma sequência de atos decisórios, ordenados em momentos definidos e baseados em conhecimentos teóricos, científicos e técnicos".

Mas, para além da tecnicidade que permeia o planejamento e que pode ser sua aparência para a maioria das pessoas, o planejamento em sua essência e totalidade ainda é uma saída em uma sociedade capitalista para o alcance de direitos da classe trabalhadora, mesmo que esse seja um planejamento com características um pouco mais técnicas do que a proposta de planejamento emancipatório de Meszáros (2011) e o do planejamento democrático de Lowy (2009), que visam uma mudança radical no modo de produção, sendo o planejamento parte fundante desse processo.

Entre os autores que utilizaremos para esse debate acerca do planejamento, Ribeiro (2018) será a autora que nos trará a percepção do planejamento imerso a uma sociedade capitalista dependente. Ribeiro (2018) apresenta que o planejamento sendo realizado a partir da análise da conjuntura posta, da investigação sobre a realidade, tendo como base um estudo sistemático e com clareza sobre a sua finalidade, um planejamento estratégico (mobilização, negociação, manejo de técnicas e recursos), teria a possibilidade de garantir para a classe trabalhadora a efetivação de seus direitos, e portanto a longo prazo seria possível buscar a ruptura com um dos limites dentro do planejamento social, que é o fato do Estado ser condensador dos interesses das classes dominantes, interesses privados, que privilegiam a reprodução do capital, em detrimento da classe trabalhadora (OSÓRIO, 2014).

⁸ Friedmann aborda o planejamento dentro de um período de dois séculos. As correntes intelectuais apresentadas pelo autor vão desde a ideologia conservadora até o que ele denomina de utopismo e anarquismo. Segundo o autor, a totalidade das correntes intelectuais do planejamento podem ser divididas em três partes. A primeira se encontra os autores que mantem uma "neutralidade política" e são tecnicistas. A segunda corrente se dá com as ideias que estão na extremidade oposta a primeira corrente, sendo referentes as escolas Histórica Alemã e Escola de Frankfurt, trazendo um planejamento que busca a transformação da sociedade. E por último, as correntes reformistas ligadas a administração científica, fazendo parte do planejamento científico, que por sua vez ocorre paralelamente ao Estado neoliberal.

O planejamento do Estado tem a proposta de realizar “um estudo sistemático e uma clareza das finalidades que se pretende atingir” (RIBEIRO, 2018, p. 466), portanto, a partir dele podemos entender em quais são os direcionamentos políticos, ideológicos, sociais e econômicos de cada governo. Um questão presente acerca do planejamento em países capitalistas, aqui em especial ao Brasil, é que a cada troca de governo, ocorrida de quatro em quatro anos caso não ocorra a reeleição do chefe do Poder Executivo, o planejamento acerca do Estado pode mudar completamente, não dando sequência ao que foi estruturado no governo anterior⁹, sendo assim teremos governos que apresentaram características mais democráticas e pró classe trabalhadora, como em outros teremos governos com planos, programas e projetos, que vão abarcar, organizar e pôr em prática os interesses do capital majoritariamente.

Diante a isso, na realização do planejamento temos diversas vezes um discurso que acompanha o avanço do capital e que é absorvido pelas camadas sociais, em especial a classe trabalhadora, sendo esse um grande limite do planejamento na garantia de direitos. Para poder enfrentar essa internalização, Ribeiro (2018) coloca que é necessária “a investigação profunda da realidade em suas múltiplas dimensões econômica, política, histórica, cultural e social.” A autora complementa trazendo a importância da análise do orçamento para que realizar a quebra desse processo.

Para Baptista (2015), o planejamento em sua dimensão política ocorre por se tratar de um processo que é realizado por meio de uma série de tomada de decisões que são intrínsecas as relações de poder. A autora também coloca que ao longo do tempo o planejamento foi entendido apenas como uma peça técnica-operacional, não sendo compreendido também a partir de sua dimensão política. Com o decorrer do tempo e a ampliação da base teórica acerca do planejamento, fica nítido que existe um processo político que acontece em sua formatação, sendo reflexo do “jogo de vontades políticas dos diferentes grupos envolvidos, a correlação de forças, a articulação desses grupos, as alianças ou incompatibilidades existentes entre os diversos segmentos” (BAPTISTA, 2015, p.17 e 18).

Ainda sobre o caráter político do planejamento, Baptista (2015) que aborda o planejamento social sobre um viés mais tradicional e que nos remete ao planejamento que

⁹ Em que pese o PPA não ser coincidente com os mandatos dos governos, ou seja, cada PPA é elaborado para ser aplicado durante 4 anos, porém, cada governo que elaborou esse planejamento irá aplicá-lo apenas pelo período de 3 anos caso não seja reeleito, ficando um ano a cargo do próximo governo.

temos mais familiaridade no interior da sociedade capitalista, coloca que essa dimensão política do planejamento deve ser levada em conta e deve ser tratada como uma parte estratégica do planejamento. A partir disso a autora acrescenta que uma nova dimensão será incorporada as dimensões teórico-prática, técnico-operativa, sendo ela a dimensão ético-política.

A partir dessa incorporação, temos distintas fontes teóricas para dar embasamento ao planejamento, sendo elas pautadas nas correntes teóricas de Durkheim e Marx. A primeira baseada em Durkheim e no conhecido fato social que este autor fundamentou. Esse ato de planejar se dá de forma conservadora, pois a visão que o planejador tem aqui é limitada, é dada, não pode ser mudada e nem contestada. Também é preciso notar que esse planejamento é detido por uma pessoa ou por um grupo de pessoas, não por todos da sociedade que queiram participar. Para essa primeira corrente é indiferente o que está no cerne da construção dessa sociedade capitalista, a autora coloca que “nessa perspectiva não é levado em consideração que a estrutura das classes sociais naquele momento histórico é determinada pelas relações econômico-sociais que são estabelecidas no jogo de forças existente na sociedade” (BAPTISTA, 2015, p. 20).

A segunda corrente teórica que traz embasamento para o planejamento e que incorpora a terceira dimensão apresentada por Baptista (2015), a ético-política, é a corrente baseada na teoria marxiana, aqui não existe neutralidade, a realidade objetiva tem sua presença reconhecida, as determinações da conjuntura observada em dado período não serão apreendidas apenas em sua aparência, mas haverá no ato de planejar a preocupação em entender a essência das questões postas. Acerca dessa corrente teórica, Baptista (2015, p. 20) coloca que há “um posicionamento político que lhe permite romper com os paradigmas explicativos tradicionais e lhe possibilita tematizar as relações mais profundas da sociedade, no interior das quais os processos desenrolam.”.

Diante dessa segunda corrente teórica, seguimos ao planejamento democrático que Lowy (2009) apresenta. O Autor, pensa em uma sociedade socialista, trazendo o ecossocialismo, que é compatível com a articulação de Mezsáros, visto que este utilizaria o planejamento para traçar um caminho e alcançar os seus objetivos e assim mudar radicalmente a estrutura. Um dos pontos mais interessantes da abordagem proposta por Lowy (2009), além de trazer o meio ambiente como parte fundamental, é a participação democrática. E é a partir desse ponto, que talvez esteja a maior possibilidade do planejamento, se os cidadãos tiverem voz participativa, ativa, eles não são mais só um voto e nem apenas a reprodução do sistema, mas sim a possibilidade de produção de um

novo. Retirassem o caráter de representação apenas da classe dominante do Estado, passando a incorporar as outras frações da sociedade de classes, para que em algum momento possamos transcender a desigualdade hoje posta.

Meszáros (2009) aborda duas formas de planejamento, o planejamento pensado a partir da perspectiva do capital, buscando a sua manutenção e implicando na sociorreprodução, tendo como base Adam Smith, Kant e Hegel. O segundo, um planejamento que seja pensado e articulado para uma transformação emancipadora, superando totalmente o capital. Tendo em vista a segunda concepção o Autor questiona a primeira forma de planejar, visto a sua característica *post festum*, que só depois do planejamento que se saberá o resultado do que foi planejado, e que mesmo assim não seria possível a avaliação completa, mas apenas parcial do planejamento. Posteriormente o ato de planejar seria inconsistente, não alcançando, nem mantendo e muito menos criando espaço para mudanças estruturais.

O planejamento na concepção de Mezsáros (2011) é o planejamento emancipatório. O Autor, apresenta uma crítica profunda ao modo de planejar na sociedade capitalista. Modo esse que se baseia nos pensamentos de três autores clássicos (Adam Smith, Kant e Hegel) e com grande influência intelectual, sendo estes grandes propulsores da sociedade capitalista. Portanto, para Mezsáros (2011, p.115), o planejamento em sua plenitude não pode ser alcançado quando se trata de uma sociedade capitalista, pois ela tem em seu cerne uma “determinação centrífuga interna de seus microcosmos produtivo e distributivo” que não possibilitam um planejamento consciente, apenas tecnicista e ideológico. O planejamento então que a sociedade capitalista foi capaz de configurar apresenta bases nas ideias liberais de Adam Smith, “do espírito comercial” de Kant e da Astúcia da razão de Hegel”.

Essa forma constituída de planejamento acarreta a sociedade capitalista a ilusória sensação de que o planejamento estatal é uma mera peça técnica, sem teor político, ideológico, social. A forma que o planejamento social ocorreria em uma sociedade que não apresentasse antagonismos de classes é denominado por Mezsáros (2011) como *planejamento abrangente almejado de forma consciente*, que estamos denominando aqui como planejamento emancipatório, esse tipo de planejamento se apresenta com ênfase no socialismo, jamais no capitalismo.

O uso do planejamento no modo de produção capitalista busca alcançar dois pontos, que inclusive não podem ocorrer simultaneamente nesse tipo de sociedade. O primeiro, o que Mezsáros coloca como “a *retenção* da mitologia econômica-política da

“sociedade civil” baseada nas ideias Kantianas que elaboram os indivíduos como seres da providência divina ou determinados pela natureza, fazendo com que não tenham capacidade de se organizarem para a atividade reprodutiva, mantendo uma coerência, sem que essa sociedade sofresse economicamente. O segundo ponto, corresponde a superação dos conflitos que o próprio sistema gera, por meio da dialética mágica de Hegel: “a solução imaginária para a conflitualidade insuperável da sociedade civil era por eles oferecida na forma da transubstanciação do intercâmbio *negativo* de conflitualidade/adversidade egoísta particularista enquanto, nos benefícios positivos que se presumia surgirem dos próprios conflitos para o todo.” (MEZSÁROS, 2011, p. 116).

As colocações de tais teóricos (Adam Smith, Kant, Hegel), que foram fundamentais para a expansão capitalista, passaram por meio de suas ideias um ar de “harmonização *ideal* do processo socio-reprodutivo em sua realidade”, sem de fato alcançar esse processo. Essa forma de estruturar a sociedade baseada nas colocações teóricas desses pensadores, implicaram em uma sociedade amplamente individualista, que foi denominada por Mezsáros como agência supraindividual.

Para o planejamento abrangente/emancipatório, essa estruturação é um impasse central, pois na aparência o planejamento egocêntrico exercido baseado na tríade posta acima, pode criar a sensação de resolução dos problemas, sem resolvê-los de fato e sem deixar espaço para que o planejamento abrangente possa ser sociabilizado. Mesmo quando nos detemos apenas à aparência do processo, temos questões problemáticas a serem pensadas, visto que para chegar à aparência que se pretende no planejamento supraindividual, é necessário que a realidade do antagonismo de classes seja destorcida, como também haver um delineamento do objeto “estipulado no conflito” que colocaria as pessoas em um embate com a realidade capitalista, sendo essas uma “simples matéria de desfrute individual” que faz parte da esfera do consumo (MEZSÁROS, 2011, p. 116).

Teoricamente os pensamentos de tais autores (Adam Smith, Kant e Hegel) podem até ser consistentes, mas para a realidade da sociedade capitalista, baseada na exploração do trabalho, na divisão hierárquica das classes sociais, não haveria possibilidade de ser negada e nem de tais teorias acerca do planejamento proporcionarem uma sociedade mais justa. Do ponto de vista da economia política, não seria possível requerer historicamente uma alternativa, como o planejamento abrangente, que busca ao contrário de um planejamento meramente tecnicista, esse último que para se aplicar nega ou distorce a realidade. O planejamento abrangente tem por ação a superação desse sistema capitalista, não reforçando a divisão estrutural do trabalho e buscando uma organização do trabalho

que possa ser concebida através de uma consciente coletiva que busque favorecer a comunidade (MEZSÁROS, 2011).

O uso do planejamento nessa direção colocada anteriormente, tendo como base teórica os autores Adam Smith, Kant, Hegel, tem como finalidade e limite a garantia da reprodução do sistema capitalista, como podemos observar nas palavras de Mezsáros (2011, p. 118):

independentemente de quão grandes possam ser as gigantes corporações transnacionais trazidas ao mundo por meio da concentração e centralização do capital que avança de modo irrestível, a dissimulada solução racionalizante deste defeito fundamental do sistema do capital pode apenas produzir um tipo de “planejamento” *post festum* parcial, em larga escala técnico/ideológico, sem a proclamada capacidade de remediar os antagonismos estruturais subjacentes.

Mezsáros (2011) nos apresenta a contradição entre as formas de planejar a partir de uma sociedade capitalista e a forma de planejar em uma sociedade socialista. O autor é muito claro ao colocar que um planejamento socialista não pode haver enquanto o fetiche da mercadoria existir, porque o fetiche que a mercadoria carrega não é algo único dela, é algo que alastra a todas as relações sociais e humanas.

O planejamento socialista, busca alcançar as relações humanas, a vida dos - indivíduos, a fim de garantir melhores condições de subsistência. Para isso é necessário que esse planejamento seja qualitativo, com vistas para além de econômicas, mas realmente sociais. Esse planejamento teria como base as trocas de atividades entre os indivíduos, ao invés de trocas de mercadorias que visam o capital. Quando essa troca de mercadorias ocorre baseada no capital, as necessidades humanas são esquecidas, prevalecendo sempre o ganho/lucro que se pode obter.

A ideologia posta a partir de determinadas bases e expressa pelo planejamento nos condiciona diariamente a crer que existem apenas um caminho a ser seguido. O uso da mercadoria expressa bem esse processo, estamos acostumados a acreditar que precisamos de determinadas coisas ou de realizar determinados processos, portanto acreditamos que a produção é feita em consequência das nossas necessidades reais, em especial as necessidades básicas que apresentamos. Nisso as atividades, que seriam de cunho qualitativo, não entram na soma do capital, posteriormente dentro da lógica desse sistema, não seria possível que o pensamento levasse a elaboração da reestruturação das relações sociais produtivas, que almejasse a harmonia com os objetivos conscientes de cada

indivíduo, que não fosse em uma lógica liberal, mas que estivesse em consonância com o coletivo. (MEZSÁROS, 2011)

A partir dessa mudança ilustrada no parágrafo anterior, podemos vislumbrar o uso do planejamento em seu sentido amplo, ganhando relevância na vida dos indivíduos, para Mezsáros (2011, p.119) “aqui temos uma relação de reciprocidade dialética entre as dimensões social geral e individual do planejamento”. Existe uma conexão entre essas dimensões, uma precisa da outra para poder funcionar esse planejamento. O planejamento aqui é responsável tanto pela sociorreprodução da comunidade toda, quanto pela incorporação de ação pensante desses indivíduos sobre suas próprias vidas. Outro ponto importante nessa interlocução recíproca é que os indivíduos conseguem se enxergar nesse processo, se identificando com os objetivos e valores gerais. A união da consciência individual e coletiva, aqui é possível para o alcance de um progresso humano, de fato.

O planejamento abrangente proposto por Mezsáros (2011) tem base nas categorias socialistas, que ao longo de séculos estão sendo pensadas para contrapor e ser uma saída a esse modo de produção, mas não somente, pois como o autor indica as sociedades de classes seja no capitalismo ou fora dele, sempre se apresentaram como impeditivo a uma sociedade comunal. Outro ponto impeditivo por um longo tempo foram as forças produtivas que não tinham um certo desenvolvimento para alcançar essa mudança.

No século XXI temos finalmente condições para avançar ultrapassando o sistema capitalista e alcançando uma sociedade socialista, mas para isso é preciso a “superação radical do sistema produtivo do capital, articulado de forma dispendiosa e destrutiva, para que as potencialidades agora viáveis possam ser convertidas em realidades, aptas para o propósito da transformação emancipatória” (MEZSÁROS, 2011, p.120). Os princípios básicos para o alcance dessa sociedade são a extensão da atividade produtiva a todos os membros da sociedade. A igualdade que tem relação direta com a atividade produtiva e que será uma igualdade substantiva. Enquanto não chegamos a essa possibilidade de planejamento emancipatório/abrangente apresentada por Mezsáros (2011) podemos nos aproximar a proposta de planejamento conceituada por Lowy (2009), que é uma alternativa aplicável em uma sociedade capitalista, por mais que o objetivo seja de uma mudança estrutural e uma nova ordem societária.

Lowy (2009) aborda o planejamento democrática juntamente ao ecossocialismo. O ecossocialismo é uma política econômica que busca abarcar e integrar as demandas sociais com o equilíbrio ecológico, a troca não é baseada e nem feita por meio de uma moeda (dinheiro), tendo consciência que o modo de produção capitalista é absurdamente

nocivo ao meio ambiente. Tem como base teoria e ideológica o movimento ecológico, a crítica marxista e a economia política. A base inicial para uma sociedade ecologicamente sustentável e socialista seria necessário que ela pudesse alcançar alguns objetivos, como a igualdade social e o controle democrático, mas para Lowy (2009, p.36) é necessário que para o alcance desses objetivos que outros processos ocorressem, sendo eles:

- a propriedade coletiva dos meios de produção
- planejamento democrático
- nova estrutura tecnológica das forças.

O planejamento democrático depende da classe trabalhadora para que possa existir, pois é por meio dela que a mudança produtiva ocorrerá. Para que ela apoie e para que ela tenha justiça social é necessário que exista pleno emprego. Duas chaves são importantes: o controle dos meios de produção e o planejamento democrático. A socialização dos meios de produção e o controle público dos mesmos são essenciais, o planejamento democrático em união com o controle público proporcionam a classe trabalhadora a tomada de decisões de ordem pública, especialmente no que se refere a investimentos e tecnologia. Essas duas últimas ações são realizadas e decididas por bancos e empresas capitalistas, tendo a partir da década de 1980 uma relação íntima com a financeirização do capital, que já compreendemos que esse processo esmaga a classe trabalhadora.

No planejamento democrático há uma integração e interação entre todos os indivíduos, o consumo não é definido e distribuído de acordo com os interesses apenas dos produtores, mas é realizado com todos, incluindo quem irá consumir, outro ponto importante é que a população “não produtiva” tem igual participação nesse processo, então estudantes, jovens, mulheres e homens que hoje são entendidos como donas (os) de casa e idosos faram parte desse processo (LOWY, 2009).

Sob esse prisma é que a saúde pública terá a oportunidade de ser priorizada juntamente com outras políticas sociais, que a partir da escolha livre e democrática da população determinará os recursos que irão ser empregados nela. Aqui a determinação dos preços não é baseada no mercado, na velha lei da oferta e da demanda, mas sim seriam utilizados critérios sociais, políticos e ecológicos (LOWY, 2009).

Outro ponto essencial é que em uma sociedade capitalista, especialmente na brasileira, o forte encargo tributário sobre os trabalhadores. Assim no que diz respeito à tributação, no planejamento democrático alguns produtos seriam tarifados, mas com o

decorrer do tempo isso não será mais necessário e os produtos distribuídos gratuitamente, tendo como base a vontade da população. O planejamento democrático na concepção de Lowy (2009, p. 39) pode ser entendido como “o exercício da liberdade de decisão do conjunto da sociedade. Um exercício necessário para se libertar de “leis econômicas” e de ‘jaulas de ferro’ alienantes e retificadas no seio das estruturas capitalistas e burocráticas.”.

Corroborando com a abordagem de Meszaros (2011) acerca do trabalho, Lowy (2009) entende que no planejamento democrático juntamente a redução das jornadas de trabalho, representariam a sociedade um progresso mais que significativo, a população teria tempo e possibilidade de realizar outras atividades, como realmente fazer parte do planejamento democrático e da gestão econômica dessa sociedade, além de apenas viver para trabalhar.

O mais extraordinário na visão de Lowy (2009) e que pode ser aplicado em nossa sociedade, alcançando todos os níveis governamentais, é que com base nos fundamentos do autor, o planejamento democrático pode ter o seu início em um nível local. Como estamos tratando sobre o DF neste trabalho, vamos pensar sobre essa possibilidade a partir do DF. O planejamento democrático começaria a partir do menor núcleo até alcançar à totalidade, sendo assim, iniciaria em uma região administrativa a exemplo do DF, ampliando-se a nível distrital (todo o DF), depois expandindo-se para a região centro-oeste, chegando posteriormente a nível nacional, continental e global, com o passar dos anos.

Depois de entendermos as possibilidades do planejamento a partir de uma visão crítica, vamos buscar entender como o planejamento da saúde pública no DF está sendo realizado no período de 2009 a 2021.

2.2 A política de saúde no Distrito Federal por meio do planejamento

A partir desse ponto nos debruçaremos a compreender a política de saúde no DF, pela ótica do planejamento e posteriormente do orçamento.¹⁰ Para iniciarmos é importante compreendermos os produtos do planejamento, segundo Baptista (2015) os produtos do planejamento geralmente são compostos pelo plano, programa e projeto, portanto, utilizaremos os principais planos de organização da saúde pública do DF, os Planos

¹⁰ O planejamento e o orçamento estão sendo apresentados separadamente apenas com a finalidade de ser mais didático ao leitor, pois temos a compreensão que ambos deveriam formar uma totalidade.

Plurianuais (PPA) dos governos que compuseram o DF entre 2009 até 2021, o Programa Brasília Saudável de 2016 e o Plano Estratégico do DF de 2019-2060, para exemplificar essas formas de planejamento citadas anteriormente e, além disso, compreender como esses instrumentos atuam de forma política, social e econômica, materializando os interesses colocados nesses âmbitos em cada período.

O DF apresenta dois principais planos de saúde, um elaborado em 1960, nomeado de Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, que ficou popularmente conhecido como Plano de saúde Bandeira de Mello e o segundo de 1979, chamado de Plano de Assistência à Saúde, elaborado por Jofran Frejat. O primeiro plano citado, buscava por estruturar os serviços de saúde no DF, procurando separar os órgãos conforme com as suas atribuições e buscando fazer isso por meio da instituição da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, sendo um órgão central para a saúde no DF naquele momento (GÖTTEMS *et al.*, 2019).

O planejamento da saúde realizado a partir desse primeiro plano, trazia a necessidade da construção de um Hospital de alta complexidade, que veio a ser o Hospital de Base do DF, sendo atualmente denominado por Instituto Hospital de Base em decorrência da submissão dessa unidade de saúde a uma OSs. Além do estabelecimento do Hospital de Base, previa-se mais onze hospitais de média complexidade e seis hospitais rurais, buscando cobrir uma população média de 500 mil habitantes. Esse plano se materializou em seis hospitais na rede de saúde, o Hospital de Base do DF em 1960, Hospital Materno Infantil de Brasília em 1966, Hospital Regional do Gama em 1967, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital São Vicente de Paula (unidade de saúde voltada para atendimento em saúde mental) e Hospital Regional de Brazlândia em 1976 (GÖTTEMS *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 (GÖTTEMS *et al*, 2019).

O segundo Plano de saúde, o plano elaborado por Jofran Frejat em 1979, teve base na Conferência de Alma Ata que ocorreu em 1978, e na qual se discutiu sobre os cuidados primários de saúde, um marco para a atenção primária no mundo e para novas formas de organização da saúde aqui no DF. O resultado dessa incorporação no planejamento da política de saúde no DF, trouxe ampliação do acesso, uma nova forma de cuidado, que buscou romper com a lógica hospitalocêntrica que valorizava o processo da doença e não buscava o cuidado contínuo, acompanhamento e muito menos a prevenção de doenças e agravos à saúde.

Nesse período, o DF teve instauração dos seguintes hospitais: Hospital Regional de Sobradinho em 1980, Hospital Regional de Ceilândia em 1981, Hospital Regional da Asa Norte em 1984, Hospital Regional de Planaltina em 1987, Hospital Regional do Guarã em 1992, Hospital de Apoio de Brasília em 1994, Instituto de Saúde Mental em 1987 e 40 Centros de Saúde. O período da década de 1980 no Brasil, era favorável às mudanças que mexeram na estrutura colocada, em decorrência especialmente ao movimento sanitário, ao final dessa década a saúde se tornou direito universal¹¹. O plano teve por base uma conferência que se tornou um marco mundial e um Estado mais propenso em receber essa nova forma, tendo em vista a configuração do corpo do Estado que Osório (2014) estabelece, além da grande organização dos movimentos sociais, responsáveis pela maior mudança.

O primeiro PPA apresentado refere-se ao PPA de 2008-2011, elaborado e executado no período do Governo Arruda (DEM). Esse é um PPA que se difere dos demais, pois não apresentou um plano específico para a saúde pública. O PPA apresenta 12 programas para a área da saúde como demonstra o quadro 1. Os programas apresentam diferentes públicos-alvo, perpassando tanto a população do DF, como também a população do entorno e da RIDE.

Os programas apresentados pretendem ser contínuos, ou seja, sempre estarem disponíveis para a população. Os programas 0300 e 2500 só são programas durante o ano de 2008, depois é instituído um novo programa (5000) que corresponde a Atenção Primária em saúde, o qual incorpora entre as suas ações a assistência integral materno-

¹¹ No mesmo período, está ocorrendo mundialmente mudanças na estrutura do capitalismo que chegaram um pouco mais tarde no Brasil e incidiram diretamente nas políticas sociais, mesmo assim esse momento é um marco para os direitos sociais no Brasil.

infantil e a saúde em família, que antes eram tidos como programas da saúde pública no DF. Os programas 0300 – Assistência Integral Materno-Infantil e 2500 – Saúde em Família, foram excluídos do PPA 2008-2011, conforme Lei nº 4.331, de 8 de junho de 2009.

Quadro 1 - Programas de Saúde – Governo Arruda (DEM/2008-2011)

PROGRAMA	NOME DO PROGRAMA	OBJETIVO	PUBLICO ALVO	EXERCÍCIO
0050	Vigilância à saúde	Atuar nos fatores determinantes e condicionantes de agravos à saúde com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir e/ou controlar danos à saúde individual ou coletiva	População do DF	2008 2009 2010 2011
0211	Assistência farmacêutica	Aquisição e distribuição gratuita de medicamentos aos pacientes da rede pública de saúde	População do DF e entorno	2008 2009 2010 2011
0214	Modernização e adequação do SUS/DF	Melhoria da estrutura física de atendimento ambulatorial e de internação da rede pública de saúde do distrito federal	População do DF	2008 2009 2010 2011
0300	Assistência integral materno-infantil	Acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 4 anos e reduzir a morbimortalidade materno e perinatal, bem como por câncer cérvico uterino.	População feminina e crianças de '0' a 4 anos de idade	2008
0350	Educação e pesquisa em saúde	Formular, promover, apoiar, e executar a educação profissional, a educação superior, a capacitação de pessoas, a gestão do conhecimento e a pesquisa, conforme as políticas públicas de saúde	Alunos, profissionais de saúde e comunidade acadêmico-científica	2008 2009 2010 2011

0400	Atendimento médico-hospitalar e ambulatorial	Proporcionar assistência médico-sanitária à população do distrito federal, sob regime ambulatorial e de internação.	População do DF e entorno	2008 2009 2010 2011
0900	Controle de doenças transmissíveis	Prevenir e controlar as doenças transmissíveis que atualmente se destacam como problema de saúde pública no distrito federal	População do DF	2008 2009 2010 2011
1700	Hemotecnologia	Oferecer um produto de qualidade de acordo com as normas vigentes e com a demanda de hospitais da rede pública e conveniados, garantindo e mantendo estoques e suprimento de sangue, hemocomponentes e hemoderivados.	População do DF	2008 2009 2010 2011
2418	Programa de assistência à saúde mental	Promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo	Público em geral	2008 2009 2010 2011
2500	Saúde em família	Conferir à assistência à saúde em caráter preventivo, privilegiando as áreas carentes.	Comunidade	2008
2900	Vigilância sanitária e epidemiológica	Garantir a população boa qualidade de alimentos, medicamentos, saneamentos, domissanitários e outros correlatos, controlando e reduzindo o consumo de produtos fraudados e contaminados química e biologicamente	População do DF e RIDE	2008 2009 2010 2011

5000	Atenção primária em saúde	Promover assistência à saúde da população do DF, sob regime de atenção primária	População do DF	2009 2010 2011
------	---------------------------	---	-----------------	----------------------

Na primeira análise do cenário macroeconômico, que faz parte da avaliação do PPA 2008-2011, realizada em 2008, a saúde aparece de forma muito discreta no relatório, sendo os únicos pontos:

Concedidas bolsas de estudo aos Residentes da Rede Hospitalar do Distrito Federal – SES, média mensal de 666 bolsas, cujo valor no exercício foi de R\$21.811.390. Aquisição de medicamentos para atender pacientes da Rede – SES, no valor de R\$ 121.913.320,00 e aquisição e distribuição de medicamentos de alto custo, no valor de R\$ 27.012.006,00. Obras realizadas: • Construção do Hospital de Santa Maria. • Construção de 6 Centros de Saúde e ampliação do Centro de Saúde 04 do Gama. • Reforma do Banco de Sangue, do Bloco de Internação e da Unidade de Oncologia/Radioterapia do HBDF; da Farmácia e da Unidade de 53 Ginecologia e Anatomia Patológica do Hospital Regional de Taguatinga; do Laboratório do Hemocentro e da FEPECS. • Recuperação da Subestação de Energia Elétrica do HBDF, para atender ao Laboratório de Histocompatibilidade. • Reforma do Núcleo de Inspeção de Planaltina (BRASÍLIA, 2008, p.52-53).

A desestruturação do SUS e a redução orçamentária se apresentam desde o primeiro ano de vigência do primeiro PPA analisado, como observamos no item 2.3. Macro objetivo: adotar ações com enfoque no equilíbrio fiscal, na gestão para resultados e na qualidade dos serviços e do atendimento ao cidadão e subitem 2.3.1. Modernizando a Gestão Pública:

Firmado o convênio entre o Governo do Distrito Federal e o Movimento Brasil Competitivo – MBC, que tem como premissa auxiliar o Governo do Distrito Federal a reduzir as despesas correntes nas áreas de educação e saúde em R\$ 42 milhões, no período de 16 meses de projeto. Os trabalhos tiveram início em maio de 2008 desenvolvidos pelo Movimento Brasil Competitivo – MBC, por meio da consultoria do Instituto de Desenvolvimento Gerencial Ltda. – INDG, responsável pela captação dos recursos necessários à implementação do Programa junto às entidades privadas doadoras. Na Educação, pretende-se reduzir os custos na ordem de R\$ 14 milhões nas rubricas de transporte escolar, água e esgoto, alimentação, limpeza e higienização e materiais de almoxarifado. 47 Na Saúde, o foco é reduzir R\$ 28 milhões nas rubricas de medicamentos, vigilância, alimentação, serviços hospitalares, limpeza e conservação, água e esgoto, energia elétrica e materiais de almoxarifado. Derivado dos primeiros meses de implementação das metas do projeto (mai/08 a dez/08) foi apurada uma economia na ordem de R\$ 15,5 milhões nas Secretarias de Educação e Saúde, que corresponde 48% acima da meta contratual (10,5 milhões). No contexto dos ganhos do Programa almeja-se a redução das despesas, a

reestruturação de processos e o desenvolvimento de indicadores para o acompanhamento dos resultados (BRASÍLIA, 2008, p.46 e 47).

Assim, é importante compreender o que é o Movimento Brasil Competitivo (MCB). Segundo descrição no próprio site da organização¹², O MCB é:

uma organização da sociedade civil, apartidária, que aproxima os setores público e privado, investe na cultura de governança, promove a gestão de excelência com o objetivo de ampliar a competitividade nacional, o aumento da capacidade de investimento do Estado e a melhoria dos serviços públicos essenciais oferecidos aos brasileiros”

Que tem como propósito:

Somos formados por empresas, lideranças empresariais, executivos, gestores públicos e colaboradores engajados em uma causa: o Brasil. Trabalhamos para que reformas estruturais sejam realizadas, permitindo que os setores público e privado contribuam de forma eficaz para um Estado mais eficiente. Em quase duas décadas apoiamos transformações em áreas fundamentais para o avanço econômico com foco na governança e gestão, economia digital, da redução do custo Brasil e investimento em educação. Perseguimos esses objetivos por meio de coalizões público-privadas, difundindo conhecimentos e mobilizando diversos atores da sociedade para a construção de soluções.

Como evidenciado, o MCB coloca que tem o intuito de melhorar os serviços essenciais, por exemplo, saúde e educação. Para além, é importante trazer os pontos principais da atuação colocado no site da organização:

- Defesa da prática da boa governança e gestão pública
- Implementação da economia digital, a partir do Coalizão Brasil Digital
- Redução dos custos no Brasil
- Defesa da educação sob a interação do setor público e privado

Dentre os impulsionadores do MCB, encontramos grandes empresários e pessoas relacionadas com a indústria farmacêutica, CEO e diretores de empresas como o Serasa Experian, a qual “foi criada em 1968 para padronizar formulários e dar rapidez nas decisões bancárias e controle ao sistema financeiro.” Sendo uma empresa que “oferece soluções de crédito, marketing, certificação e consulta de dados para companhias de todos os segmentos.” Sendo considera um “birô de crédito que reúne dados enviados por lojas,

¹² <https://www.mbc.org.br/sobre-o-abc/> , acesso realizado em 15 de abril de 2022

bancos e financeiras para dar apoio aos negócios”.¹³ Como podemos observar, em 2008, já tínhamos evidências da financeirização do capital na saúde pública, por meio de uma relação que o GDF queria estabelecer com a MCB e que estava previsto em seu plano de governo (PPA).

No ano de 2009, na avaliação macroeconômica a saúde é citada apenas uma única vez, não apresentando nenhum dado relevante. A avaliação desse ano fica a cargo de trazer as implicações da crise do capital em 2008. De início já é apontado que no cenário nacional a bolsa de valores no Brasil no ano de 2008 apresentou uma desvalorização de 60% em 5 meses e uma queda no PIB do Brasil a partir do quarto trimestre. (BRASÍLIA, 2009). Crise essa causada por um processo da financeirização do capital.

No ano de 2009, houve uma elevação na economia brasileira, tendo uma pequena reação a crise, mas que conforme colocado na própria avaliação do PPA 2008-2011, mesmo havendo crescimento não foi suficiente para que a variação do PIB fosse positiva, sendo que a renda da população brasileira apresentou uma queda de 1,6% nesse ano. É importante ressaltar que a economia é tratada com bastante relevância nessa avaliação, sendo a base para todos os processos que poderão ou deixarão de ocorrer no âmbito do Estado.

Ao tratarmos do modo de produção capitalista, sabemos que a economia é central, porém, muito mais que fazer parte da base, fica claro que o bem-estar econômico está acima de qualquer outro, que se o sistema de crédito não está “saudável” o suficiente, se está em crise, não existirá espaço para que o Estado possa cumprir as suas funções com a classe trabalhadora por meio das políticas sociais. Nesse sentido, destaca o documento do GDF “o cenário de incerteza semeado pela crise certamente adiou o início de diversos projetos habitacionais, dada a insegurança quanto à disponibilidade de crédito para financiamentos de longo prazo.” (BRASÍLIA, 2009, p. 6).

Outro ponto interessante da avaliação do PPA concerne ao fato do que é apresentado como a base que segurou a economia brasileira nesse período de crise e que impulsionou para a retomada da expansão econômica, que foram: o crescimento dos gastos por parte das famílias brasileiras e da administração pública, sendo respectivamente o aumento de 4,1% e 3,7%. (BRASÍLIA, 2009, p. 6). Enquanto o setor privado em meio à crise se torna bem reservado, não pondo em risco os seus próprios recursos, o Estado faz o movimento inverso, expandindo o nível de recursos injetados na

¹³ Citações retirada em <https://www.serasa.com.br/ensina/seu-nome-limpo/como-serasa-funciona/> em 15 de abril de 2022.

economia, especialmente para salvamento do setor privado como um todo, mas especialmente dos bancos.

Alguns foram os fatores apresentados para haver essa sustentação pela via do consumo e do setor público. O primeiro fator relacionado com o consumo das famílias é o mercado de trabalho que estava bem sustentado em 2008, tendo em vista que na época da crise o governo federal tinha no poder um congresso com perspectivas mais sociais. No DF, o governador em posse no momento era o José Roberto Arruda (DEM), que não seguia as mesmas práticas do governo federal acerca do âmbito social, mas que trazia em sua avaliação governamental que “Pela primeira vez, o País pôde enfrentar uma crise externa utilizando instrumentos anticíclicos, tais como a renúncia fiscal e a baixa de taxa de juros, o que antes não era possível, em razão do elevado déficit público e da forte dependência de capitais externos.” (BRASÍLIA, 2009, p.9).

O segundo fator diz respeito à concessão de incentivos fiscais por parte do Governo Federal com a redução de tributos. Nesse sentido, a avaliação do PPA de 2009, referente a 2008, registra como importante o impacto gerado pela redução do IPI sobre os bens de consumos duráveis e materiais de construção¹⁴. (BRASÍLIA, 2009, p. 7), uma vez que essa é a principal indústria do DF. O terceiro, as medidas de incentivo ao crédito, como podemos observar:

No âmbito do Banco do Central, foram flexibilizadas diversas regras relacionadas ao depósito compulsório, implicando maior disponibilidade de recursos para empréstimo nos bancos comerciais; a taxa básica de juro da economia (Selic) baixou para 8,65%, desde o mês de agosto, e a taxa de longo prazo (TJLP) para 6,0%, desde o mês de julho. Além disso, foram acionados diversos dispositivos visando favorecer segmentos específicos da economia. Entre esses, a ampliação do crédito para micro e pequenas empresas por parte do Banco do Brasil; a criação pelo governo do sistema de garantias, com a finalidade de aumentar os recursos para bancos pequenos e médios; a ampliação do limite de empréstimo consignado para aposentados pelo Conselho Nacional de Previdência Social; entre outros (BRASÍLIA, 2009, p. 9).

Podemos observar que o governo federal (Governo Lula) utilizou de uma política economia baseada por políticas anticíclicas, mantendo o consumo da população brasileira e atendendo também (e sempre) o capital. No DF, a avaliação do PPA 2008-2011, coloca que para a contas públicas esse processo ocasionou um peso, devido a dois fatores: o

¹⁴ Em novembro de 2021, a construção civil no DF representou 51,8% do PIB total, sendo em 2020 51,1%, 2019 53,4%, 2018 55%, segundo dados da FIBRA, ver mais em: <https://www.sistemafibra.org.br/fibra/produtos-e-servicos/indicadores-economicos/dados-socioeconomicos?start=0>.

primeiro a maior despesa do setor público para socorro de setores afetados pela crise, e o segundo, arrecadação menor de tributos. Podemos observar a leitura do GDF, expressa na avaliação anual do PPA de 2008 a 2011, publicada em 2009, acerca disso:

No entanto, os resultados das contas públicas em 2009 não deixaram de causar certo retrocesso, como consequência dos efeitos das medidas anticíclicas e do próprio impacto da retração econômica sobre as receitas governamentais. O percentual da dívida pública total sobre o PIB voltou a subir, chegando a 42,4%, aproximando-se dos níveis de 2007; o déficit nominal, cujo saldo inclui as receitas e despesas de natureza financeira, também se elevou para 3,2% do PIB, frente a 2,0% do PIB em 2008; e, de modo inverso, o superávit primário, que caracteriza o saldo de despesas e receitas excluindo-se as de natureza financeira, decaiu para 2,2% do PIB, após situar-se em 3,4% e 3,6% do PIB nos dois anos anteriores (BRASÍLIA, 2009, p. 9).

A economia do DF, no período de aprofundamento de crise do capital, iniciada em 2008 e com repercussão global, segundo a avaliação anual do PPA 2008-2011, não foi tão drástica para afetar profundamente o DF, sendo a mesma menos atingida que a economia nacional, visto que os setores mais afetados pela crise (indústria e agropecuária), não apresentaram grande relevância no cenário da economia distrital.

O DF constituiu uma economia que apresenta algumas particularidades, entre elas a administração pública tem grande relevância segundo os dados apresentados na avaliação anual do PPA 2008-2011, representando, em 2009, 54% do PIB e 40% do emprego formal e apresentando uma relevância considerável dos serviços financeiros, 10% do PIB, “em decorrência de sediar a matriz de grandes bancos governamentais (BB e CEF) e de grandes seguradoras e fundos de pensão. Assim, o setor terciário possui uma presença quase absoluta na economia local (93,2% do PIB).” (BRASÍLIA, 2009, p.11).

Na avaliação anual do PPA de 2008-2011, publicada em 2010, do ano de 2010, a saúde no DF é uma das três áreas que mais pesam para a economia, juntamente com a atividade de administração e educação públicas, totalizando 53,6% da estrutura econômica. No ano de 2010, no relatório que traz a avaliação macroeconômica, a saúde aparece um pouco mais, é apresentando um crescimento dos setores da saúde e da educação no valor de 2,3%. (BRASÍLIA, 2010).

O relatório traz uma seção específica para o Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF)¹⁵. O FCDF apresentou um crescimento muito pequeno em relação ao

¹⁵ “Previsto pela Constituição Federal (Art. 21, XIV), o Fundo tem por finalidade prover os recursos necessários à organização e manutenção da Polícia Civil, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, bem como assistência financeira para execução de serviços públicos de saúde e educação.

ano de 2009, sendo de apenas 1,07%. Em contrapartida, ao aumento da folha de pagamento dos profissionais que foi de 12,85%. Segundo o relatório de avaliação do PPA, em 2010, ainda houve uma pressão por parte dos trabalhadores para salários maiores, o que resultou em um aumento de 5,08% nos gastos públicos que incidiram sobre o FCDF. A atuação do FCDF se apresentou tímida e reduzida. O relatório em tela aponta duas consequências em decorrência a esses pontos:

Como consequência dessa distorção tivemos: 1) Redução da participação do Fundo Constitucional do Distrito Federal nas folhas de pessoal das áreas de Saúde e Educação; 2) Aumento da participação do Tesouro local nas folhas de pagamento dessas áreas, comprometendo as demais programações previstas no Orçamento do Governo do Distrito Federal. (BRASÍLIA, 2010, p. 26).

Também foi apresentado no relatório, que a sucessão do governo devido aos casos de corrupção que ocorreram, foi um problema para a gestão do DF.

No relatório do ano de 2011, último ano do PPA 2008-2011, há uma seção específica (II.III.VI Despesas com serviços públicos de saúde) para a saúde pública. Nela é especificado que se compreende:

despesas com serviços públicos de saúde, aquelas com pessoal, manutenção e investimentos, financiadas pelo Estado, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativo, que estejam alocadas na função 10 – Saúde e na (função 28 – Encargos Especiais, desde que esteja relacionada ao custeio de pessoal em atividade de saúde) e que estejam alocadas no Fundo de Saúde (BRASÍLIA, 2011, p.24).

Segundo o relatório de avaliação anual do PPA de 2008-2011, publicado em 2012, já no governo Agnelo (PT), foi colocado que foi possível alcançar a aplicação de recursos mínimos com a saúde. Tal afirmação vai ao encontro do que estabeleceu a EC 29/2000 para aplicação de recursos mínimos em saúde pelos entes da federação: 12% para os estados e o DF e 15% para os municípios, o que será possível constatar na tabela 4. Novamente foi importante o FCDF para a garantia de recursos mínimos para a saúde. Isso significa que o GDF com suas próprias receitas não cumprem o mínimo com a saúde, mas depende dos recursos do FCDF, que nenhuma outra unidade da federação conta.

Novamente o FCDF e sua relação com a política de saúde continua muito próxima a do ano anterior. Os reajustes salariais são novamente indicados como um problema para o aumento dos gastos:

De natureza contábil, sua execução orçamentária e financeira é realizada diretamente pelo Governo Federal, por intermédio do Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI.” (BRASÍLIA, 2010, p.26).

Aumento da participação do Tesouro local nas folhas de pagamento dessas áreas no montante de R\$ 746.737.119, o que representou um acréscimo de 24,59% em relação ao ano de 2010 e comprometeu sobremaneira as demais programações previstas no Orçamento Geral do Distrito Federal. As despesas pagas com recursos distritais alcançaram o total de R\$ 3.784.047.211 em 2011, enquanto (SIC) em 2010 o valor foi de R\$ 3.037.310.092. (BRASÍLIA, 2011, p.28).

No PPA de 2012-2015, temos uma reestruturação no planejamento, sendo que foi instituído um programa temático com objetivos, esses objetivos correspondem estão colocados de 001 até 008 conforme o quadro 2. Em 2012 inexistem documentos que relatem as informações sobre o PPA 2012-2015. Já em 2013, há um extenso relatório da avaliação do PPA 2012-2015, publicado em 2013. Acerca da saúde, a partir desse PPA 2012-2015, houve a mudança do programa temático, deixando de ser programas variados e desorganizados, para ter um programa principal no orçamento público que passou a ser o “6202 Aperfeiçoamento do sistema único de saúde”. (BRASÍLIA, 2013)

A saúde pública se mantê como um desafio para esse governo, como também para os demais, estando sempre entre as políticas públicas que precisam de mais atenção. Portanto, nesse PPA que apresenta uma maior organização e clareza organizacional em termos comparativos com o Plano do quadriênio anterior, existe uma organização estratégica dividida em 07 macro desafio e em cada um desses desafios objetivos estratégicos. São 32 programas temáticos e 10 programas de gestão, manutenção e serviços do Estado. Os programas temáticos trazem os objetivos do governo acerca das políticas públicas, esmiuçado em 126 objetivos específicos caracterizados.

A saúde já é apresentada no primeiro macro desafio, sendo este “Garantir ao cidadão um atendimento de saúde integral e humanizado”, tendo como objetivos estratégicos:

- Garantir ao cidadão, um atendimento integral e respeitoso das diversidades no sistema de saúde.
- Fazer da estratégia da Saúde da Família a estruturadora/organizadora do Sistema de Saúde do DF.
- Aumentar a efetividade/resolutividade e eficiência do SUS-DF, por meio da melhoria da gestão e da infraestrutura do sistema.
- Aprimorar os programas de atenção especializada para gênero, ciclo de vida, saúde mental, população prisional e populações vulneráveis.
- Reduzir as doenças e agravos à saúde por meio de ações de prevenção.

- Contribuir para a elevação da qualidade de vida através das estratégias de promoção da saúde

É apresentando um novo programa temático, o 6202 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e Programa de gestão 6007 - Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado – Saúde. (BRASÍLIA, 2013, p.46).

Quadro 2– Programa Aperfeiçoamento do sistema único de saúde
Governo Agnelo (PT/2011-2015)

PROGRAMA TEMÁTICO	NOME DO PROGRAMA	OBJETIVO GERAL
6202	Aperfeiçoamento do sistema único de saúde	Identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos; estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas
OBJETIVO DO PROGRAMA	EIXO	OBJETIVO ESPECÍFICO
001	Atenção Primária em Saúde	Implementar a atenção primária em saúde no DF com ênfase na expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população com vista à promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.
002	Assistência Especializada em Saúde	- Proporcionar assistência especializada organizando fluxos e adequando a rede com a finalidade de promover o acesso integral aos serviços hospitalares e ambulatoriais no âmbito do Distrito Federal.
003	Vigilância em Saúde –	Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos, com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, bem como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
004	Assistência Farmacêutica	Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral, em todos os níveis de atenção
005	Gestão e Planejamento do SUS	Aprimorar os processos de planejamento, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde e do controle social no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e promover a transferência gradual de autonomia administrativa, financeira e responsabilização sobre os serviços especializados prestados nas Regionais de Saúde e Unidades de Referência com a integração de ações e serviços finalísticos, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde especializada no Distrito Federal.
006	Urgência e Emergência	– Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, com o apoio a implantação e manifestação das unidades de pronto atendimento (UPAS), das salas de estabilização (SE) e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)
007	Saúde Mental	Ampliar a cobertura assistencial em Saúde Mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado do acometido

		de transtorno mental, familiar e servidores vinculados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal.
008		Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população no DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

O primeiro objetivo específico é o **001 – Atenção Primária a Saúde**, tendo como unidade responsável o Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF), conforme quadro 2.

Nele estão inseridas as ações que devem ser contempladas:

- Estratégia Saúde da Família
- Materno-infantil
- Diabetes Mellitus
- Práticas integrativas em saúde

Objetivo 002 - Assistência Especializada em saúde, apresenta as ações:

- Alta Complexidade
- Assistência intensiva
- Hospital da Criança de Brasília
- Alimentação e nutrição
- Fornecimento de fórmulas para fins especiais de atendimento Domiciliar
- Prevenção, controle do câncer e assistência oncológica

Objetivo 003 – Vigilância em Saúde, com as ações:

- Vigilância Sanitária – DIVISA
- Vigilância Ambiental – DIVAL
- Vigilância em Saúde do Trabalhador – CEREST
- Vigilância Epidemiológica – DIVEP
- Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN)
- Educação Permanente
- Copa das confederações e Copa do Mundo 2014
- Avanços na SVS
- Construções, Ampliações e Reformas

Objetivo 004 – Assistência Farmacêutica, não foram indicadas as suas ações.

Objetivo 005 – Gestão e Planejamento do SUS, com as ações:

- Tecnologia da Informação
- Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF
- Programa de Descentralização em Ações de Saúde – PDPAS
- Planejamento em Saúde
- DIREG

Objetivo 006 – Urgência e Emergência, com as ações voltadas para:

- Unidades de Pronto Atendimento – UPA
- SAMU

Objetivo 007 – Saúde Mental, não foram indicadas as ações para esse objetivo

Objetivo 008, não apresenta as ações que serão realizadas, mas indica que tem por objetivo: “Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população no DF, de acordo com os princípios e

diretrizes do SUS - Unidade responsável – Fundação Hemocentro de Brasília” (BRASÍLIA, 2012, p.22)

O PPA 2016-2019, é elaborado pelo governo Rollemberg (PSB). Em seu programa de governo, denominado de *Cidade, Cidadão, Cidadania*, a saúde é um dos principais tópicos a ser trabalhado, seguindo a linha dos governos anteriores. O programa é dividido em três eixos, sendo eles a título de conhecimento:

- *Eixo Cidade*

Planejamento Metropolitano e Rural; Meio Ambiente; Mobilidade; Infraestrutura; Energia Elétrica; Água e Esgoto; Resíduos Sólidos; Drenagem Urbana; Ciência, Tecnologia e Inovação e Desenvolvimento com Sustentabilidade

- *Eixo Cidadão*

Educação; Saúde; Cultura; Segurança Pública; Políticas para segmentos sociais; Assistência Social; Esporte e Lazer

- *Eixo Cidadania*

Gestão e Governança

O quadro 3, apresenta o programa de saúde Brasília Saudável, os eixos que o programa promove e respectivamente seus objetivos específicos.

Quadro 3 – Programas de Saúde – Governo Rollemberg (PSB/2015 -2018)

PROGRAMA	NOME DO PROGRAMA	OBJETIVO
6202	Brasília Saudável	
OBJETIVO DO PROGRAMA	EIXO DO PROGRAMA	OBJETIVO ESPECÍFICO DO EIXO
001	Atenção primária, promoção e educação em saúde e prevenção ao adoecimento:	Expandir e qualificar a oferta da atenção primária em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família e de políticas públicas transversais para a oferta de ações voltadas dos cidadãos quanto aos fatores responsáveis pela boa saúde, a prevenção de fatores que levam ao adoecimento, para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população.
002	Atenção especializada em saúde	Ampliar o acesso e a qualidade da atenção especializada (média e alta complexidade), por meio da adequação das estruturas físicas, tecnológicas e das ações em saúde que a compõem.
003	Redes de atenção	Organização, implementação e expansão das Redes de atenção à saúde, orientadas a partir da Atenção

		Primária à Saúde para ampliação do acesso e da assistência com qualidade.
004	Assistência farmacêutica	Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade em todos os níveis de atenção, promovendo o uso racional de medicamentos.
005	Vigilância em saúde	Ampliação e qualificação da Política Pública de Vigilância em Saúde para prevenção, promoção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população.
006	Gestão do sistema único de saúde	Aprimorar os processos de planejamento, participação, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde e do controle social no âmbito da SES e promover a descentralização de autonomia administrativa, financeira e responsabilização sobre os serviços prestados nas unidades de saúde com a integração de ações e serviços finalísticos, e compartilhamento com a academia, sociedade e demais atores, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde no DF.

O diagnóstico inicial do governo Rollemberg (PSB), registrado no planejamento, é que a gestão da saúde pública é ineficiente e inexistente a articulação na rede de saúde, implicando na falta de atendimento e no uso da atenção especializada, por meio dos prontos socorros, como porta de entrada do SUS e não na atenção primária. A Estratégia saúde da família, que se tornou o principal programa da saúde na atenção primária, não tem a cobertura necessária e prevista com isso apresenta uma baixa resolutividade. Segundo o programa de governo:

O acesso é difícil e a rede pública está sobrecarregada, o que gera demora no atendimento, no diagnóstico e no tratamento. Vale destacar que pacientes com necessidades terciárias, como a oncologia (tratamento de câncer), e quaternárias, como a reabilitação, têm dificuldades enormes de se tratar no sistema público, já que a oferta desses tratamentos é baixa. A assistência à saúde mental também precisa ser reestruturada. (BRASÍLIA, 2014, p.65)

Foram apresentados ao total dezenove objetivos no documento de referência do Programa Brasília Saudável: “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal”, destacaremos alguns (BRASÍLIA, 2014, p.65 e 66)¹⁶:

- Modernizar a gestão, de modo a torná-la mais descentralizada e eficiente, inclusive do ponto de vista financeiro, definindo metas específicas de cobertura, qualidade e padronização do atendimento público em saúde.

¹⁶ Texto transcrito na íntegra.

- Promover a cooperação entre administração pública, sociedade e academia na gestão do sistema de saúde.
- Promover a eficiência dos principais processos-chave da saúde, acelerando e qualificando o atendimento, diagnóstico e tratamento dos pacientes.
- Aprimorar a gestão dos recursos financeiros destinados à saúde.

São apresentados também os programas para a saúde, estando divididos em ampliação e qualificação da atenção básica à saúde, frente preventiva-educacional, fortalecimento da atenção de média e alta complexidade, reestruturação do modelo de gestão da saúde, valorização e qualificação do quadro de profissionais de saúde e recomeçar sem drogas.

A partir de 2017, ocorre uma mudança no cenário de saúde brasiliense, sendo a incorporação da gestão privada no setor público de saúde. Uma mudança que não é 100% nova, visto que no próprio governo Arruda (DEM / 2007-2010) já houve o repasse da gestão do Hospital de Santa Maria para uma organização privada, denominada como Real Sociedade Espanhola de Beneficência, que geriu o Hospital de Santa Maria entre o período de 2009 a 2010.

No período do Governo Arruda esse processo não encontrou tanto espaço para se concretizar e perdurar, devido à substituição de governo entre o 2010 a 2011, o então governador eleito pela Câmara Legislativa do DF (CLDF) Rogerio Rosso (PMDB), encerrou o contrato com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência. Porém, o Governo Rollemberg (PSB, 2015-2018), reinsereu, através do programa Brasília Saudável (2016), o repasse da gestão da política de saúde para o setor privado, por meio das OSs e OSCIPS. Esse processo se concretizou a partir do terceiro para quarto ano de mandato, com o repasse da gestão do Hospital de Base para o IGES/DF e se manteve no Governo Ibaneis (MDB), o qual ampliou para todas as UPAs do DF.

Essa terceira forma de estruturação da saúde, insere as OSs¹⁷ na gestão da atenção de média e alta complexidade, apresentando compatibilidade com a demanda neoliberal e com as primícias do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), além disso, remontando também um cenário não tão antigo com foco na medicina curativa e individual. E, por fim, temos mais um limite acerca do planejamento da saúde, em decorrência daquilo que Dardot e Laval (2016) chamam de Estado Empresarial como.

¹⁷ A inserção das Organizações Sociais faz parte da contrarreforma do Estado como Behring coloca em seu livro: Brasil em Contrarreforma desestruturação do Estado e perda de direitos de 2008.

Para os autores, o estado empresarial é uma característica do neoliberalismo e representa que as classes dominantes e transferem para o setor privado a execução de políticas sociais públicas, por meio do repasse da gestão e de recursos que sejam interessantes ao capital e que apresentem maior eficácia.

Dois pontos a serem analisados aqui, o primeiro é acerca da familiaridade que retomamos com o período em que o Plano Bandeira de Mello de 1960 foi construído, mesmo propondo uma saúde ampla para o DF, em decorrência das demandas postas acerca da saúde em todo Brasil, o plano não conseguiu se estabelecer.

Hoje temos a configuração de um sistema de saúde universal, o SUS, mas novamente em decorrência de interesses, externos econômicos e políticos, estamos retomando o cenário de décadas atrás¹⁸: a medicina privada, individual e a lógica hospitalocêntrica. Podemos observar, que o objetivo que vem junto a implementação da OSs, IGES/DF, é voltado para a valorização da média e alta complexidade, retomando a lógica da medicina curativa e individual.

O segundo ponto importante, relacionado ao primeiro, é o fato da média e alta complexidade apresentarem maior custeio e posteriormente maior lucratividade na saúde. O setor público de saúde não rompeu na CF/88 com a saúde privada e ao longo desse período as demandas neoliberais se intensificaram, posteriormente o setor privado está se reinserindo com mais força e presença no setor público e quebrando com todos os princípios do SUS. A “transformação da ação pública” como Dardot e Laval (2016) colocam, é um ponto importantíssimo para a análise do Programa Brasília Saudável (2016) e o Plano Estratégico do DF 2019-2060 que examinaremos a seguir.

Esse processo, corresponde ao ato do Estado se tornar uma “esfera que também é regida por regras de concorrência e submetida a exigências de eficácia semelhantes àquelas a que se sujeitam as empresas privadas” (DARDOT; LAVAL, 2016, p.272). Como os autores apontam, a partir da década de 1930 a dita dicotomia entre Estado e mercado não é mais a principal questão, mas sim como seria a atuação desse Estado diante do mercado. Sendo assim, é importante identificar qual metodologia e objetivos que determinado governo emprega, para atender as demandas neoliberais do capital,

¹⁸ A perspectiva colocada aqui, é no sentido da tentativa de retomada que coloca o setor de saúde sob responsabilidade e gestão majoritariamente do setor privado como antes da CF/88, por meio do aprofundamento do processo de neoliberalização. O neoliberalismo é resiliente e repagina-se para manter as suas propostas, conforme destacam Misoczky; Abdala e Damboriarena (2017).

processos identificados em ambos os instrumentos citados anteriormente. (DARDOT; LAVAL, 2016).

Analisaremos a partir daqui o programa Brasília Saudável (2016) e em seguida o Plano Estratégico do DF 2019-2060, buscando compreender como esses dois instrumentos foram usados a favor do capital. Em 2016, foi lançado o programa Brasília Saudável, com a perspectiva de reorganizar a política de saúde no DF, tendo como base principal a APS e sendo composto por sete partes: análise da situação atual; a proposta de intervenção; Atenção Primária à Saúde que queremos; operacionalização do Projeto Brasília Saudável; estratégias para Implantação na Atenção Primária à Saúde; participação do terceiro setor na Atenção Primária à Saúde e nas Unidades de Pronto Atendimento e Impacto orçamentário dos contratos de gestão.

O primeiro ponto do programa e o mais extenso relata as problemáticas da saúde pública no DF até o início de 2016. Nele são elencados algumas junções que levariam a política de saúde a não funcionar corretamente e a não atender aos interesses da população, entre elas: a existência de dois modelos de organização da APS (os centros tradicionais de saúde e a ESF), a baixa cobertura da ESF, que no período descrito no plano (Fevereiro de 2016) era calculada em 30,7%¹⁹ das unidades básicas de saúde, a baixa resolutividade da APS, a falta de centralidade da APS como ordenadora e coordenadora dos níveis de atenção, implicando na escolha das emergências pelos usuários como porta de entrada no SUS e condições precárias de trabalho. Outro ponto que aparece também corresponde às “condições estruturais inadequadas, tendo estrutura física precária, sem instrumental adequado, sem ambiência que permita o acolhimento humanizado e qualificado, e, ainda, em quantidade insuficiente para acompanhar o grau de crescimento populacional e urbano registrado no DF” (BRASÍLIA, 2016, p. 4).

Ainda segundo a “análise da situação atual”, conforme o documento, os problemas sofridos pela saúde no DF estão ligados diretamente segundo o programa com o modelo de gestão da saúde:

a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial não vêm sendo capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população brasiliense. Em grande parte das unidades, predomina o atendimento burocratizado, sem vínculo com a população usuária e com a cultura de agenda fechada, pautada pelos programas tradicionais, sem focar as necessidades de saúde dos territórios e da população adscrita. Não há relação entre os incentivos

¹⁹ Segundo o Departamento de Saúde da Família – DESF, no período indicado a cobertura da ESF era de 28,16%. Ano da informação?

financeiros recebidos pelos profissionais da APS e os resultados alcançados no processo de trabalho. A resolutividade é muito reduzida, o que tem gerado encaminhamentos excessivos, desnecessários e fora dos critérios estabelecidos pelos protocolos assistenciais e de regulação. (BRASÍLIA, 2016, p.2).

A lógica do mercado será percebida em todo processo de análise do programa de 2016 e, do plano de 2019, sendo que há uma repressão na estrutura do Estado que seria onerosa, portanto, precisaria ser mais fluida, sendo assim a solução encontrada foi pertinente a lógica do setor privado, que buscava sempre garantir a eficácia (DARDOT; LAVAL, 2016). É importante ressaltar, que essa estrutura trazida em meio às práticas neoliberais de privatização do setor público, não são meramente ideias dos governos locais, a exemplo do DF, mas sim uma prescrição realizada a partir da década de 1980, aos países inseridos na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e mesmo aos que não apresentam vinculação direta, mas são considerados parceiros, como o Brasil, de que “o Estado seja mais flexível, reativo, fundamentado no mercado e direcionado ao consumidor” (DARDOT; LAVAL, p. 274, 2016), no caso do DF, o consumidor (cliente como é denominado), é bem apontado no plano estratégico de 2019 – 2060.

O programa Brasília Saudável é centrado em tese na APS²⁰, portanto os pontos elencados sempre referir-se a ela. Algumas citações se repetem ao longo do plano acerca da APS, sendo elas a “dicotomia da APS” que seria a divisão do modelo de atenção entre centros tradicionais de saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF), o outro ponto citado algumas vezes seria o resultado desse processo de dicotomia: a superlotação das emergências dos hospitais e a baixa utilização das UPAs, em decorrência do “modelo *estar* voltado predominantemente às condições agudas, atuando de forma reativa, episódica e fragmentado, e a realidade de crescimento das condições crônicas” (BRASÍLIA, 2016, p.2).

O objetivo em nenhuma parte do plano é acabar com as políticas sociais, mas colocá-las ainda mais, dentro da lógica econômica neoliberal e gerencial do Estado, que significa, a partir da introdução dos métodos colocados no plano e descritos acima, com

²⁰ O programa é direcionado a centralização e reorganização da APS e em segundo plano das UPAs, porém é questionável se o intuito maior não era o de inserir o terceiro setor na saúde pública do DF e o programa foi a porta de entrada para a realização desse processo.

base central na eficácia que o acesso seja realizado para os cidadãos, conhecidos no plano como clientes, mantendo a lógica do mercado. (DARDOT; LAVAL, 2016).

O planejamento é indicado como um instrumento para materializar toda essa perspectiva governamental de reestruturação do GDF baseado no futuro:

Modernas práticas de planejamento, arrecadação, gestão, legalidade, conformidade e transparência permitem a otimização dos recursos disponíveis para atendimento às necessidades da sociedade. Uma gestão eficiente e integrada é apoiada tanto nos princípios basilares que regem a administração pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência – quanto na visão de transformação de políticas de governo em políticas de Estado (BRASÍLIA, 2019, p. 38).

O plano é formatado a partir de eixos temáticos que totalizam oito, sendo eles: Gestão e Estratégia; Saúde; Segurança; Educação; Desenvolvimento Econômico; Desenvolvimento Social; Desenvolvimento Territorial; Meio Ambiente. Saúde, educação e segurança são os eixos que representam, segundo o plano, as principais políticas públicas do DF e as que mais utilizam mão de obra e recursos orçamentários: “Esses setores juntos representam entre 70% e 80% da força de trabalho e do orçamento do governo” (BRASÍLIA, 2019, p.24). Ainda na descrição dos eixos temáticos, o governo deixa explícito a relação comercial, empresarial do plano, denominando a sociedade de clientes: “A cadeia de valor representa as atividades realizadas pela organização para entregar resultados aos seus clientes que, para as organizações públicas, são a própria sociedade.” (BRASÍLIA, 2019, p. 22).

Dardot e Laval (2016) indicam esse novo tipo de relação entre a sociedade e o Estado, partindo da premissa que o Estado foi reestruturado de duas formas, uma que termina como o aspecto de Estado produtor e outra que configura o Estado avaliador e regulador, no qual outras relações são postas entre o governo e a sociedade, portanto a titulação de clientes faz parte do processo de formatação de um Estado que passa a tratar os seus cidadãos como clientes. Clientes que seguindo a ótica neoliberal e de financeirização do capital são sujeitos individuais que devem seguir essa lógica da individualização, portanto, cada um cuidar e garantir o seu por meio da meritocracia, sem vinculação a direitos garantidos pelo Estado, buscando no mercado o acesso a bens e serviços. Por exemplo, o DF pretende informatizar inúmeros processos de acesso a vários direitos, como saúde e assistência social. Assim, subentende-se que para acessar esses

sistemas o indivíduo tenha acesso a um meio eletrônico e que disponha de internet para realizá-lo. Além disso, saiba utilizar sozinho ou com o auxílio de alguém, que muitas vezes cobram para realizar o processo (como as *lan houses*).

Direcionado ao primeiro ponto, os problemas indicados e diagnósticos no programa Brasília Saudável sobre a APS foram, entre outros, a baixa cobertura da ESF, sendo o objetivo que essa cobertura pudesse se ampliar até o fim de 2018 passando “dos atuais 30,7%, para 62% de cobertura da ESF, sendo de 100% nas áreas de maior vulnerabilidade econômica e social” (BRASÍLIA, 2016, p.14).

Podemos perceber na tabela 1, que o objetivo não foi alcançado dentro do período estimado, chegando em 2018, com a cobertura da ESF em 54,82% e mesmo após dois anos após o período estabelecido, tendo como base dezembro de 2020 essa meta ainda não foi alcançada, baixando inclusive a cobertura para 54%. Outro ponto que chama atenção é a baixa cobertura da APS (em seus dois modos de organização), sendo que no período apresentado ela alcança a sua máxima no ano de 2018, cobrindo 61,26% da população do DF, o que nos indica que se o objetivo principal do programa Brasília Saudável era a APS, a resolutividade dele foi baixa nos quesitos acerca da ESF e insignificante sobre a APS como um todo, não alcançando os princípios que regem a atenção básica.

Tabela 1 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Atenção básica no período de 2016 a 2020, tendo como base o mês de dezembro

Ano	População	Unidades ESF	População Coberta ESF	Cobertura ESF	População Coberta AB	Cobertura AB
2016	2.914.830	247	852.150	29,23%	1.777.500	60,98%
2017	2.977.216	290	1.000.500	33,60%	1.736.730	58,33%
2018	3.039.444	483	1.666.350	54,82%	1.862.190	61,26%
2019	2.974.703	372	1.283.400	43,14%	1.587.390	53,36%
2020	3.015.268	472	1.628.400	54%	1.770.630	58,72%

Fonte: Ministério da Saúde/Secretária de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Saúde da Família
Elaboração Própria

Como o intuito do programa é que a ESF fosse predominante ou totalmente colocada na APS, o terceiro ponto é relacionado com a composição e formação da própria equipe, sendo que a maioria dos médicos não era especialistas em saúde da família e boa parte das equipes naquele momento não tinham um agente comunitário de saúde. Uma

das preocupações do governo no período era também dos recursos que vinham sendo perdidos por conta da não estruturação dessas equipes: “perpetua-se a manutenção de equipes “não consistidas”, impedindo a adequada qualificação dos processos de trabalho e reduz a captação de recursos financeiros referentes aos incentivos do bloco da Atenção Básica, transferidos do Ministério da Saúde para a SES/DF.” (BRASÍLIA, 2016, p. 4 e 5), a captação de recursos é um problema apresentado também no Plano Estratégico de 2019-2060. O processo de informatização é outra questão apresentada em ambos os documentos, mas no caso do programa ele é colocado como mais um ponto e não necessariamente o ponto central.

As UPAs foram outro item da rede do SUS colocado no programa, tendo em vista a sua relação e importância com o restante do sistema e buscando cumprir o que a política de Atenção a Urgências e Emergências coloca. Segundo o programa Brasília Saudável, estava previsto a construção de 12 UPAS, aprovadas pelo MS 10 e repassados recursos que financiaram parcialmente a construção delas, porém esse processo seria inviabilizado pela Copa do Mundo, tendo em vista a construção dos Estádios, o que culminou em recursos que possibilitaram a construção de apenas 60% das UPAS, segundo o programa (BRASÍLIA, 2016, p. 7).

A estruturação da rede de urgências e emergências, tendo como base as UPAS dentro do programa “significa repensar o modelo de atenção à saúde a partir da reorganização da linha de cuidado na urgência, com fluxos bem definidos e de forma integral: da porta de entrada ao “follow-up/seguinte” dos pacientes”. (BRASÍLIA, 2016). Para os construtores do programa, esse processo de ampliação das upas “representou ampliação de serviços para a composição da RUE em locais de grande vulnerabilidade social e vazios de serviços públicos de saúde.”

Processo contraditório, visto que no mesmo período o pronto-socorro do hospital de Ceilândia, cidade que apresenta uma alta densidade demográfica e uma vulnerabilidade social também expressiva, foi fechado e a população ficou contando com apenas uma UPA ou tendo que se direcionar a outras regiões administrativas para atendimento. É importante lembrar que nesse período a região administrativa de Ceilândia contava com os bairros do Sol Nascente e Pôr do Sol que, em 2019, se tornaram regiões administrativas, mas que ainda utilizam predominantemente a rede de saúde de Ceilândia para atendimento. Vale ressaltar, que o plano coloca que a falta de funcionamento tanto das UPAs quanto da APS culmina na superlotação e sobrecarga dos hospitais.

Seguindo a caracterização dos problemas, um dos pontos apresentados sobre as UPAS até o momento de elaboração do programa, foi que ela não apresentou resolutividade por conta de seu quadro de funcionários que eram precarizados e instáveis, contratados por meio de contratos temporários, a:

forma como *elas* foram implantadas, com equipes de trabalho com vínculos precários, predomínio de contratos temporários e pagamento de horas extras, baixa qualificação dos profissionais para atenção às urgências, equipamentos sem contratos de manutenção, algumas unidades com estrutura incompleta e, principalmente, em desarticulação com os componentes assistenciais estabelecidos na RUE, impediu que esse equipamento cumprisse sua verdadeira função no sistema de saúde. (BRASÍLIA, 2016, p. 7).

A falta de servidores é um dos pontos elencados e repetidos durante o programa e a solução adotada é a mesma que é criticada, perpetuação de contratos precarizados. Tanto o governo Rollemberg (PSB) no período, quanto o governo Ibaneis (MDB), deram continuidade a esse processo de terceirização dos contratos de trabalhos, sem concursos públicos, mantendo a precarização por meio do IGES/DF. Finalizando o primeiro ponto do programa, é reiterado o principal objetivo dele na nossa perspectiva:

É imperioso, portanto, que se aperfeiçoem os processos de gestão em saúde, no âmbito do planejamento e organização de serviços (macro), bem como no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde (micro). São necessárias mudanças na cultura organizacional vigente no setor público brasileiro, marcada pela preocupação com a conformidade dos atos e formalização de procedimentos (centrada na organização) mais do que pelo compromisso com os resultados (centrada no usuário). (BRASÍLIA, 2016, p. 10).

No segundo ponto do programa: proposta de intervenção (BRASÍLIA, 2016, p.11 e 12), estão elencados, entre outros, os seguintes princípios:

- controle rigoroso do Estado sobre os mecanismos de oferta de serviços de saúde;
- descentralização, resolutividade e autonomia na oferta de ações e serviços nas Regiões de Saúde, respeitando economia de escala nos casos indicados, com a expansão da Atenção Primária à Saúde como porta principal de acesso e ordenadora das Redes de Atenção e com o restabelecimento do equilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimentos especializados e otimização dos serviços hospitalares disponíveis;
- ampliação da oferta de serviços de saúde nas Regiões, com a expansão da Atenção Primária à Saúde como porta principal de acesso ao Sistema Único de Saúde, a implantação de serviços ambulatoriais especializados e a otimização dos serviços hospitalares disponíveis;
- reorganização dos fluxos entre os serviços de saúde, com construção de linhas de cuidado e diretrizes clínicas, regulação, programação e avaliação nas Regiões de Saúde;
- acesso e regulação do sistema de

saúde baseado na atenção primária, com meios tecnológicos adequados e efetivos em todas as unidades;

- reestruturação dos equipamentos assistenciais locais, permitindo uma abordagem em saúde mais humanizada e com qualidade de trabalho para os profissionais de saúde;
- fortalecimento da Governança Regionalizada do SUS do DF, com a adoção de mecanismos gerenciais ágeis e que permitam uma tomada de decisão estruturada e baseada em informações estratégicas, com autonomia e capacidade plena de ação na Região de Saúde.
- fortalecimento da transparência na gestão, com informatização das Unidades Básicas de Saúde, permitindo o monitoramento e avaliação imediata do SUS/DF e adotando o controle informatizado de metas e a divulgação de indicadores, metas e resultados de gestão;
- aumento da resolutividade do sistema como um todo, ampliando a capacidade de resolver as demandas por ações de saúde nas regiões, o mais próximo possível do domicílio do usuário, com eficiência e eficácia nos resultados, prestadas por profissionais qualificados e vinculados a programas de formação continuada;
- conversão progressiva do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família, com ampliação da cobertura em todas as Regiões;
- fomento de espaços coletivos para o exercício da participação e o controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde.

Além da alta presença do termo e do conceito de eficácia, que segundo Dardot e Laval (, 2016, p. 273) faz parte do processo de globalização, que coloca que o Estado “custa caro demais em comparação com as vantagens que oferece à coletividade e põe entraves à competitividade econômica”. Nesse sentido, a eficácia é o objetivo central de um Estado gerencial, como os autores denominam. Assim aparece no Plano Estratégico de 2019 - 2060, “o Estado toma para si o desafio de interligar peças orçamentárias com sistemas de planejamento estratégico de curto, médio e longo prazos. No âmbito fiscal, deve aprimorar mecanismos para maior eficiência da gestão tributária e controlar os gastos públicos” (BRASÍLIA, 2019, p. 39).

A palavra governança é outro termo encontrado entre os princípios da proposta de intervenção do programa (mas não só como também é vista no plano de 2019) sendo característico e essencial para as determinações neoliberais, colocado como uma categoria difundida na América Latina, por organismos que ditam e indicam reformas econômicas, políticas e sociais, como o BM (DARDOT; LAVAL, 2016, p.275).

No terceiro ponto do programa, “Atenção Primária que queremos”, o objetivo é tornar a APS como ponto central para referência e contrarreferência para os demais níveis do SUS, algo colocado e explícito no decorrer de todo o programa, tendo em vista que os

locais com maior vulnerabilidade social seriam o foco, a exemplo a cidade de Ceilândia, que segundo o programa seria a primeira a ser reorganizada.

No quarto ponto, Operacionalização do Projeto Brasília Saudável, está estabelecido que esse processo de reestruturação seria de forma progressiva tendo o objetivo de tempo de dois anos, sendo que em 2018 esse processo da cobertura de reorganização da saúde já estaria finalizado, o que claramente não ocorreu.

O quinto ponto, correspondente as Estratégias para Implantação na Atenção Primária à Saúde, apresentou as metas para serem alcançadas em curto, médio e longo prazo, entre elas, nas metas de curto prazo estão os seguintes pontos (BRASÍLIA, 2016, p. 16-17):

- estabelecimento de metas, resultados e indicadores de qualidade na atenção primária, por meio do sistema informatizado, como tempo de espera para primeira consulta e retorno, número de encaminhamentos, nível de satisfação dos usuários, número de atendimentos em pronto-socorro, consultas por equipe, visitas por Agentes Comunitários de Saúde/ACS, melhora de indicadores de saúde;
- controle da qualidade e produtividade ambulatorial em hospitais e outras unidades, com metas, resultados e indicadores de qualidade na atenção hospitalar; elaboração e formalização dos Protocolos de Atenção à Saúde no âmbito da APS e da Atenção Especializada, além de definir a parametrização dos atendimentos, associada a metas e indicadores.

Nas metas de médio prazo:

- Conversão progressiva do modelo tradicional em Estratégia de Saúde da Família: • consistir equipes completas (em média uma equipe para cada 3.750 pessoas); • profissionais do modelo tradicional poderão optar por consistir em equipes, com prazo para conclusão do curso oferecido pela FEPECS;

Nas metas de longo prazo:

- Implementação da Parceria Público Privada em Saúde para a construção de novas UBSs.

No sexto ponto, a Participação do terceiro setor na Atenção Primária à Saúde e nas Unidades de Pronto Atendimento, é apresentado o ponto mais problemático acerca do programa inteiro, tendo em vista que em vários momentos do plano são utilizados os termos de eficiência, eficácia, na perspectiva de um governo empresarial como Dardot e Laval (2016) colocam, além do ponto principal que é a própria privatização da saúde. Segundo o programa, os problemas que a saúde vivenciava naquela data eram por conta das: “rígidas regras para contratação de pessoal por concurso público, as dificuldades em executar mudanças nas políticas de gestão, bem como o engessamento dos contratos às

regras de licitação são incompatíveis com a velocidade de resposta exigida da gestão na saúde.” (BRASÍLIA, 2016, p. 18). E como a única, ou melhor, solução encontrada pela equipe do governo: “a participação de entidades do terceiro setor confere à administração pública a possibilidade de trabalhar conforme a sistemática da gestão privada, mantendo a competência para regular, determinar, como fazer, controlar e fiscalizar a ação dessas entidades” (BRASÍLIA, 2016, p. 18). Acrescentando ainda o disparate que:

ressalte-se também que não se trata, sob nenhuma hipótese, de terceirização ou de privatização. Ao contrário, os imóveis e estruturas continuarão sendo 100% públicos, todos os pacientes são do SUS, atendidos de acordo com o princípio da Universalidade do Acesso à Saúde e o pleno exercício do Direito à Saúde para os cidadãos do DF” (BRASÍLIA, 2016, p. 18).

Afinal, as únicas características que perpassam o processo de privatização são as instalações físicas e os pacientes que precisam necessariamente pagar para acessar os serviços, esses são os únicos pontos que caracterizam uma privatização, a gestão mesmo pouca importa e é um mero detalhe, mesmo sendo o maior indicador segundo o plano de ineficiência na situação da saúde pública no DF. A justificativa para escolha desse modelo foi que:

Tal modelo vem sendo amplamente adotado há vários anos, por governos estaduais e municipais, em diferentes regiões do Brasil. As experiências demonstram sucesso na melhoria da gestão e da produtividade das unidades de saúde, com a otimização dos gastos e possibilidade de redução de custos para o Estado.” (BRASÍLIA, 2016, p. 18).

No ano de 2019, foi lançado o plano estratégico do DF para o período de 2019 a 2060, pelo governo Ibaneis (MDB). Esse plano tem em vista o centenário do DF e se baseia nas mudanças tecnológicas para modificação do futuro do DF. Como é um plano de longo prazo, segundo a carta do governador que dá início ao plano, ele será revisto a cada ano para acompanhar o “rápido avanço tecnológico” (BRASÍLIA, 2019, p. 6). O termo cidade inteligente, ratificando o uso de tecnologias, é o objetivo de transformação do plano:

O conceito de cidade inteligente já vem sendo trabalhado. O cidadão terá todos os serviços públicos prestados de forma eficiente e ao alcance das mãos, por meio de aplicativos de telefone. Esse trabalho deve ser planejado criteriosamente para que a evolução seja constante e com foco na eficiência (BRASÍLIA, p.6, 2019)

Ainda baseado nas concepções de um futuro promissor baseado em avanços tecnológicos, o plano tem sua inspiração no passado, com a construção de Brasília, “Brasília, por sua essência, é a materialização do futuro sonhado para o Brasil, que sempre buscou ser a representação de um novo mundo.” (BRASÍLIA, p.12, 2019). A missão apresentada no plano é definida como: “Garantir dignidade a seus habitantes e ser acolhedora aos seus visitantes” e sua visão a de “Ser a Cidade síntese do futuro” (BRASÍLIA, p.14, 2019).

Seguindo as problemáticas, no ponto de organização do plano no quesito metodologia, é apresentado o seguinte: “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). O que é apresentado para utilização da metodologia:

- Planejamento como plataforma para priorização de ações: definir o que é estratégico, em contraposição ao que é importante, é o grande desafio ao se planejar ações de um governo complexo como o do Distrito Federal.
- Indicadores finalísticos para acompanhar, mensurar e avaliar o desempenho do governo: na perspectiva de se orientar os resultados-chave por índices que trazem a visão do resultado finalístico, optou-se por aqueles que representam os impactos gerados pelas ações de governo.
- Metodologias adaptadas à realidade do Distrito Federal: para se elaborar o Plano Estratégico do Distrito Federal, duas principais metodologias serviram de pilares conceituais: Objectives and Key Results (OKR) e Must Win Battles (MWB). Durante a execução das atividades, uma série de adaptações foi realizada a fim de garantir a adequação da metodologia à realidade do Distrito Federal. A teoria deve ajudar a prática e não torna-la mais difícil.
- Estruturação dos focos temporais: no horizonte temporal mais próximo, a análise foi rigorosa e pormenorizada, com foco em cenários de curto e médio prazos. No horizonte temporal mais distante, que por norma é difuso e de âmbito geral, o Plano foi pautado por tendências que auxiliarão sua revisão na medida em que as incertezas forem diminuindo.
- Planejamento estratégico como forma de aprendizagem organizacional: o Plano Estratégico resultante deste trabalho será o documento norteador dos esforços do governo para realização de seus objetivos estratégicos, devendo tornar-se uma poderosa ferramenta de aprendizagem organizacional

Essa metodologia é explicada no próprio plano mais a frente, no ponto batalhas que precisam ser vencidas, como sendo:

O método Must Win Battles (MWB) em tradução livre, Batalhas que precisam ser vencidas, define as aspirações de médio e curto prazos para a organização. Esta abordagem tem o objetivo de estabelecer base para a escolha de iniciativas que serão realizadas em um período de tempo determinado. Embora seja um método consolidado principalmente no contexto de empresas privadas, a adaptação deste modelo para o âmbito da administração pública brasileira é inovadora. A escolha da metodologia se deu por dois fatores: primeiro, as batalhas são uma oportunidade de aproximar os dirigentes políticos do planejamento estratégico — os textos enunciados pelas batalhas podem tornar-se lemas de governo, se integrarem o discurso oficial. Segundo, as batalhas também são plataformas que permitem acoplagem de resultados-chave e iniciativas, sendo instrumentos para definir objetivos estratégicos. Foram estabelecidos quatro critérios para a definição das batalhas: **Fazer a Diferença**: a batalha deve causar um salto de desempenho em toda a extensão dos serviços que abrange. Deve-se evitar batalhas de impacto limitado, pois normalmente são fruto da paixão de um único gestor. **Ser orientada ao cidadão**: batalhas devem ter como foco os principais destinatários dos serviços públicos – o cidadão. **Ser específica e tangível**: batalhas devem ser mensuráveis, de modo a situar a administração pública no contexto em que está inserida. **Gerar engajamento**: batalhas devem ser empolgantes e focar em objetivos coletivos vistos como desafiadores. (BRASÍLIA, 2019, p. 29).

No ponto seguinte a esse, foram colocados os objetivos e resultados-Chave, no qual entra o segundo método utilizado:

Definidas as diretrizes e prioridades de governo, restou escolher um método pelo qual fosse possível mensurar o desempenho da gestão pública do Distrito Federal. Optou-se por agregar outra metodologia utilizada no mercado privado, Objectives and Key Results (OKR), em tradução livre, Objetivos e Resultados-Chave. O OKR é um sistema de definição de metas bastante utilizado por organizações do ramo de tecnologia, desde gigantes como a Google, até a maioria das startups da área. A predileção dessas organizações por esta abordagem é justificada pelo mesmo fator que a torna ideal para o Plano Estratégico: unir um objetivo, que traz prioridade e engajamento, a uma meta, que sinaliza a performance ideal. O OKR é uma abordagem versátil, que permite correção de rumo caso ocorram mudanças no contexto da organização. Foram estabelecidos quatro critérios para sua definição: **Metas Ágeis**: ao invés de usar um planejamento estático, o OKR usa uma abordagem ágil, com ciclos curtos de metas, possibilitando ao Distrito Federal adaptar-se e responder a mudanças. **Simplicidade**: os resultados-chave são de fácil entendimento, trazendo maior alinhamento entre governo e sociedade. **Transparência**: os resultados-chave devem ser públicos para todos os segmentos da administração pública e da sociedade. **Definição Bidirecional de Metas**: o resultado-chave deve ser definido por meio de uma abordagem que é simultaneamente de bottom-up e top-down, em vez do modelo tradicional de cascatamento de metas. (BRASÍLIA, 2019, p. 30).

O plano estratégico 2019-2060 é formatado a partir de eixos temáticos que totalizam oito, sendo eles: Gestão e Estratégia; Saúde; Segurança; Educação; Desenvolvimento Econômico; Desenvolvimento Social; Desenvolvimento Territorial; Meio Ambiente. Saúde, educação e segurança são os eixos que representam, segundo o plano, as principais políticas públicas do DF e as que mais utilizam mão de obra e recursos orçamentários: “Esses setores juntos representam entre 70% e 80% da força de trabalho e do orçamento do governo” (BRASÍLIA, p.24, 2019). Ainda na descrição dos eixos temáticos, o governo deixa explícito a relação comercial, empresarial do plano, denominando a sociedade de clientes: “A cadeia de valor representa as atividades realizadas pela organização para entregar resultados aos seus clientes que, para as organizações públicas, são a própria sociedade.” (BRASÍLIA, 2019, p. 22).

Não trataremos aqui de cada eixo, tendo em vista que o foco é a área da saúde, porém visto a importância e relevância do primeiro eixo, Gestão e estratégia, analisaremos ele também. A definição dada a esse primeiro eixo pelo plano foi:

Em uma primeira análise, é possível avaliar que a sociedade legitima um determinado governo a partir dos seus votos e lhe concede os recursos necessários para a prestação dos serviços, por meio do pagamento de tributos. Diante disso, o governo organiza-se a fim de garantir a eficácia da arrecadação, a integridade, a governança e a transparência para a adequada alocação dos recursos na prestação dos serviços públicos (BRASÍLIA, 2019).

Dentro desse eixo ainda, nas tendências do futuro, foram colocados dois documentos utilizados para dar embasamento às perspectivas elencadas, sendo elas:

· Tendências internacionais, com foco nos impactos na América Latina –relatório “América Latina e Caribe: Tendências para 2030”, elaborado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo Atlantic Council.

· Tendências internacionais, com foco nos impactos no Brasil – “Megatendências Mundiais 2030: Contribuição para um debate de longo prazo para o Brasil”, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) (BRASÍLIA, 2016, p. 26).

Acompanhando os pontos da tendência do futuro a ratificação da incidência do setor privado e o aprofundamento dessa inserção vai sendo estabelecido:

- Haverá mudança no conceito tradicional de trabalho, com enfoque em modelos baseados em produtividade e utilização de automação e robotização nos processos de trabalho;

- Intensificação das estratégias de gestão com uso de Centros de Serviços Compartilhados (CSC) em áreas de suporte do governo e, ainda, de outsourcing, em que empresas privadas executam parte dos serviços públicos;
- Haverá aumento da prestação de serviços públicos de maneira digital (e-gov);
- Há tendência de maior participação da iniciativa privada, via concessões e Parcerias Público-Privadas (PPP), na prestação de serviços, em especial nas escolas, hospitais, unidades prisionais e companhias de abastecimento de água e fornecimento de energia elétrica;
- O aumento do quantitativo de aposentados e o impedimento de realização de novos concursos dado à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) intensificará a necessidade do uso de tecnologia como substituição de mão de obra;
- Há a tendência de presença do setor privado na seleção de cargos e funções de alta complexidade nos governos;
- No que tange à arrecadação, espera-se a substituição da fiscalização in loco pela baseada em dados (BRASÍLIA, 2019, p. 42).

Sobre a política de saúde, o documento (BRASÍLIA, 2019) indica que ela apresentou alguns avanços, provavelmente na perspectiva da privatização da gestão da saúde que corrobora com o plano, mas que ainda é necessário trabalhar para que a fila da regulação diminua. A APS aparece com a ESF, apresentando pontos semelhantes ao programa Brasília Saudável: a insuficiência das equipes para atender o DF e o baixo índice de cobertura pela APS. Na atenção especializada de alta complexidade, os pontos elencados foram as dificuldades da oferta de serviços, a alta demanda de judicialização para leitos de unidades de terapia intensiva e a falta de acesso dos usuários a medicamentos, especialmente na farmácia de alto custo. Portanto, as prioridades do plano para o eixo saúde são:

Reestruturação da logística de armazenamento e de distribuição de medicamentos; Ampliação da cobertura da atenção primária; Garantia de regulação das filas para todos os procedimentos de média e alta complexidade; Adequação da infraestrutura das unidades de saúde para garantia da qualidade do serviço ofertado; Informatização dos processos de gestão da saúde.” (BRASÍLIA, 2019, p.58).

Como solução o documento aponta

- A busca pela universalização do acesso aos serviços assistenciais, em todos os níveis, poderá impactar no aumento dos serviços prestados por meio de modelos híbridos em parcerias público-privadas, principalmente com o envolvimento das Organizações Sociais;
- É prevista a intensificação na inserção de inovações e tecnologias na atenção à saúde, na prevenção, na tecnologia do apoio diagnóstico, no acompanhamento e tratamento, no monitoramento e na

transparência dos resultados, bem como na curadoria das informações de gestão da saúde;

· Espera-se cada vez mais que os pacientes se tornem protagonistas do cuidado, a partir do reconhecimento de fatores de risco que podem influenciar nas doenças crônicas não transmissíveis. Dispositivos de monitoramento serão incorporados à vida diária das pessoas (BRASÍLIA, 2019, p.58).

Quadro 4 – Programa Saúde em Ação, Governo Ibaneis (MDB/2019-2022)

PROGRAMA	NOME DO PROGRAMA	OBJETIVO
6202	Saúde em Ação	
NÚMERO DO EIXO DO PROGRAMA	EIXO DO PROGRAMA	OBJETIVO DO EIXO DO EIXO
033	Sistema de sangue, componentes e hemoderivados no DF	Garantir o fornecimento de sangue e seus componentes para abastecimento da rede de saúde pública do DF com qualidade assegurada, além de oferecer suporte aos transplantes no DF e atendimento ambulatorial multidisciplinar aos portadores de coagulopatias hereditárias no DF.
050	Atenção primária à saúde	Expandir e qualificar a oferta da atenção primária à saúde como ordenadora da rede de atenção, por meio da estratégia de saúde da família e de políticas públicas transversais, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde, à integralidade e à equidade no atendimento das necessidades da população.
051	Atenção especializada e hospitalar à saúde	Ampliar o acesso e a qualidade da atenção especializada nos níveis de atenção ambulatorial e hospitalar, por meio da regulação do acesso, adequação das estruturas físicas, tecnológicas e das ações em saúde
052	Assistência farmacêutica	Promover o acesso à assistência farmacêutica de qualidade e ao uso racional de medicamentos em todos os níveis de atenção, por meio dos processos de padronização, programação, aquisição, distribuição e dispensação
053	Vigilância em saúde	Fortalecer a vigilância em saúde, atuando de forma transversal às redes de atenção à saúde visando a prevenção, promoção, redução e eliminação dos riscos e agravos à saúde da população.
054	Gestão do sistema único de saúde	Promover um modelo de gestão descentralizado, inovador, eficiente, transparente e sustentável, com aprimoramento da gestão da tecnologia da informação e comunicação (tic), do uso racional e eficiente dos recursos e da integração ensino e pesquisas
063	Educação em saúde	Garantir acesso e permanência no ensino superior, educação profissional, educação permanente e continuada, de pesquisa e extensão, preparando profissionais para a atenção, gestão e educação em saúde, em consonância com as estratégias e prioridades do

		sistema único de saúde do distrito federal (SUS-DF)
--	--	---

No quadro 4, temos o programa Saúde em Ação, que substituiu o programa Brasília Saudável do Governo Rollemberg (2014-2018), nele foram incorporados os eixos: Sistema de sangue, componentes e hemoderivados no DF e Educação em Saúde. Não houve uma diferença expressiva nos eixos temáticos comparando ambos os programas (Saúde em Ação e Brasília Saudável).

O Governo Ibaneis (2019-2022) como podemos constatar por meio dos produtos de seu planejamento, incorpora ao GDF uma longa e expressiva base neoliberal, compactuada especialmente com o setor privado. Para a saúde, os reflexos percebidos por meio do planejamento são devastadores, pois além da expansão do setor privado por meio do IGES/DF ele também prevê a utilização de mecanismos tecnológicos usados pelo meio privado que estão incorporados ao que veremos ser a financeirização da saúde no DF no próximo capítulo.

Como podemos observar ao longo do capítulo, ao decorrer de cada governo, por meio de seus instrumentos de planejamento, a saúde pública no DF tem tomado rumos compatíveis com as premissas neoliberais, de financeirização do capital que rompem com a estrutura e significado do SUS.

Capítulo III - O financiamento e o destino dos recursos orçamentários da saúde no Distrito Federal no período de 2008 a 2021

3.1 Caracterização socioeconômica do Distrito Federal

Esses pontos iniciais nos solicita o entendimento da caracterização socioeconômica do DF, a qual irá nos indicar que essa é uma unidade da federação que carrega em suas estruturas características importantes e únicas, que transformam e até maquiagem a realidade da população, tendo em vista que a composição dos dados apresentados pelos indicadores socioeconômicos, não refletem os antagonismos de classe que permeiam as Regiões Administrativas (RAs) do DF. Para apresentar essas contradições, utilizaremos os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2018 e o Atlas do Distrito Federal de 2020.

O DF abarca o centro do poder político do Brasil, sendo uma das 27 unidades federativas e tendo a terceira capital mais populosa do país, com 3.055.149 pessoas (IBGE, 2020), ficando atrás apenas de São Paulo (SP) com 46.289.333 e Rio de Janeiro (RJ) com 17.366.189 de indivíduos. Sua organização se dá por meio das RAs que totalizam 33, sendo respectivamente as quatro mais populosas: Ceilândia, Samambaia, Plano Piloto e Taguatinga (CODEPLAN, 2018). O DF apresenta ainda em sua composição regional, indivíduos naturais de diversos estados brasileiros, sendo que a predominância, segundo os dados da PDAD 2018 foram de pessoas nascidas no próprio DF (55,3%), seguido de pessoas do estado de Minas Gerais (16,1%), Goiás (12,2%), Bahia (11,1%), Piauí (10,7%), Maranhão (10,6%), Ceará (7,2%), Rio de Janeiro (5,2%), Paraíba (4,5%), São Paulo (4,4%) e Pernambuco (3,1%).

A economia do DF é um ponto de destaque em sua representatividade entre as demais unidades da federação, bem como relevante em nossa discussão. Ela é caracterizada majoritariamente pelo setor de serviços que representam 95,7%, com destaque para as áreas da “administração, educação, saúde, pesquisa e desenvolvimento público, defesa e seguridade social” (CODEPLAN, p.81, 2020). Além disso, o DF alcança patamares altos no que corresponde aos indicadores econômicos e sociais, tendo o oitavo maior PIB entre as unidades da federação e sendo responsável pelo maior PIB per capita do Brasil, no valor de R\$ 2.475,00 no ano de 2020. Ao que diz respeito aos indicadores sociais, tendo como base o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o DF ocupa a nona posição entre 5.565 municípios brasileiros, dispondo de um IDH²¹ de 824, que em sua composição traz o quesito renda na medição de 863, a educação de 742 e a longevidade de 873. (CODEPLAN, 2020).

Dois pontos se fazem importantes aqui, o primeiro é que a PDAD 2018 trouxe uma abordagem que nos auxilia bastante nas diferenciações socioeconômicas entre as regiões do DF, seguindo os padrões de rendimento médio das RAs, dividindo-as em quatro grupos. O segundo ponto, é que em alguns momentos trabalharemos com a média do DF, e quando necessário, utilizaremos os dados específicos de cada grupo, que estão divididos da seguinte forma (CODEPLAN, p. 8, 2019):

- Grupo 1 (alta renda): Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way e Sudoeste/Octogonal. Em 2018, a população desse grupo era de 384.913 pessoas, com renda domiciliar média de R\$ 15.622;

²¹ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um medidor criado para se contrapor a leitura meramente econômica por meio do PIB, que a partir de 2010 analisa três pontos para compor a média dos países, sendo eles: saúde, educação e renda, tendo como objetivo analisar o desenvolvimento das respectivas populações.

- Grupo 2 (média-alta renda): Águas Claras, Candangolândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Sobradinho, Sobradinho II, Taguatinga e Vicente Pires. Em 2018, a população desse grupo era de 916.651 pessoas, com renda domiciliar média de R\$ 7.266;
- Grupo 3 (média-baixa renda): Brazlândia, Ceilândia, Planaltina, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, SIA, Samambaia, Santa Maria e São Sebastião. Em 2018, a população desse grupo era de 1.269.601 pessoas, com renda domiciliar média de R\$ 3.101;
- Grupo 4 (baixa renda): Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA–Estrutural e Varjão. Em 2018, a população desse grupo era de 310.689 pessoas, com renda domiciliar média de R\$2.472.

A caracterização da renda do grupo 1, que representa apenas 13,36%²² da população total do DF, traz uma elevação para os cálculos dos dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por exemplo, e de outros índices que avaliem aspectos relacionados à renda, ao trabalho, à educação, à habitação e à própria saúde, dando a entender em algumas leituras, que o DF alcança patamares relevantes e que garantiriam a classe trabalhadora acesso a bens e serviços, assegurando assim a qualidade de vida. Mas a realidade é que temos entre o grupo 1 para o 2, uma diferença de renda de 109% a mais do primeiro em relação ao segundo, já em relação ao grupo 3 são de 125% a mais e para grupo 4 são 131%.

A remuneração média da principal fonte de renda dos domicílios foi de R\$ 3.435,16 e a média domiciliar de R\$6.159,90. Apenas 6,9% da população do DF apresentou mais de 20 salários mínimos, enquanto 12,4% obteve um ganho de 10 a 20 salários mínimos, seguido por 17,5% que ganha entre 5 a 10 salários mínimos, essa renda compõe preponderantemente os grupos 1 e 2. O quantitativo mais expressivo e que apresenta as menores rendas está dentro dos grupos 3 e 4, juntos representando 63,10% da população total do DF, nas divisões por faixa de renda 32% dos indivíduos recebem de 2 a 5 salários mínimos, seguidos de 20,2% que obtêm como renda 1 a 2 salários mínimos, e por último 10,9% que recebem até um salário mínimo. Em contraposição, o grupo 1 tem um percentual de 29,3% de pessoas com rendimento familiar com mais de 20 salários-mínimos, enquanto no grupo 2 eles representam 7% e no grupo 3 0,9%.

O setor de serviços é o bloco em que temos mais postos de trabalho, a concentração também segue na alocação dessas vagas dentro das RAs, sendo as três principais: Plano Piloto com 41%, seguido de Taguatinga com 8,3% e Ceilândia com 6,3%. Apenas 56, 3% da população tem carteira assinada. Sobre a População

²² Dados da PDAD 2018, que tinha a estimativa da população em 2.881.854 pessoas residindo no DF.

Economicamente Ativa (PEA) do DF, 61% das pessoas estão empregadas, enquanto 39% estão fora do mercado de trabalho. Entre pessoas de 18 a 29 anos encontramos 31,8% que não estão trabalhando e nem estudando.

As unidades residenciais apresentaram uma média de 3,2 pessoas por residência, sendo que 97,3% têm residência permanente, 57% residem em propriedades próprias e quitadas, 30,2% em imóveis alugados e 5,7% em imóveis cedidos. O acesso à rede de água potável é de 98,6%, de saneamento básico de 92,8% e a rede de energia elétrica de 99,4%, enquanto 80,4% têm acesso à coleta de lixo não seletiva e 49,1% à seletiva.

O DF apresenta uma população em sua maioria feminina de 52,2%. Na composição por raça/cor autodeclarada a população parda representa a maioria com 47,55%, seguida por pessoas brancas 40,87%, pessoas pretas 10,05%, amarelas 1,23% e indígenas 0,30%. A organização familiar dos domicílios expõe um equilíbrio entre os arranjos familiares, sendo que famílias compostas por casal e um filho representam 19,3%, seguido por casal com 2 filhos com 18,4%, monoparental feminino com 17,3%, casal sem filhos 16%, unipessoal 11,5%, outro perfil 9,5% e casal com três filhos ou mais 7,8%. A situação civil da população maior de 14 anos é predominantemente solteira com 48,2%, seguida por pessoas casadas 37,7%, divorciados 5%, união estável 4,1%, viúvos 3,5% e separados 1,4%.

A educação básica no DF está acima da média nacional segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), sendo que 97,1% da população do DF diz que sabe ler e escrever. Segundo os dados do Atlas DF (2020) a escolaridade da população com 25 anos ou mais se dá dividida em 2,3% que não apresentam escolaridade, 18,4% têm o ensino fundamental incompleto, 4% o fundamental completo, 5,2% o médio incompleto, 29,3% o médio completo, 6,7% o ensino superior incompleto e 33,9% o ensino superior completo.

O acesso à educação é um dos fatores que confere a uma nação, estado ou município o desenvolvimento da população. Na composição do IDH o quesito educação é o que apresenta o menor valor, 742, pois essa média é calculada a partir dos anos de estudo da população daquele determinado território, e ao contrário do que o Ideb apresenta, os dados da PDAD 2018 nos mostram que em todos os grupos temos pessoas que apresentam apenas o ensino fundamental incompleto, tendo predominância no grupo 3 (26%) e grupo 4 (32,6%), grupos em que as rendas são menores. Já o acesso ao ensino superior completo, não chega nem próximo da metade da população do DF, e mesmo juntando os 6,7% que apresentam ensino superior incompleto, não chegaríamos a 50%

dos indivíduos com acesso a esse nível de conhecimento e formação. Seguindo a observação por grupos, o grupo 1 tem a taxa mais alta de pessoas com ensino superior, 76,6%, o grupo 2 com 42,8%, o grupo 3 com 36,1% e o grupo 4 com 9,7%.

Entrando no último ponto da caracterização socioeconômica, chegamos ao objeto de pesquisa que é a política de saúde no DF. Nem a PDAD 2018 e nem o Atlas DF 2020 nos trazem dados referentes à saúde pública no quesito do acesso à população ou no mínimo quantas pessoas utilizam diretamente o SUS. O ATLAS DF 2020 nos traz dados sobre a composição da rede de saúde pública e privada do DF, porém, aqui nos deteremos a compreensão apenas da rede pública de saúde do DF, por entendermos que saúde é um direito universal e responsabilidade do Estado. Portanto, o que corresponde à rede privada não pode ser levado em consideração para o acesso da população como um todo, como os dados da PDAD 2018 ratificam, demonstrando o acesso da população por meio de planos de saúde.

Esses dados citados acima, revelaram que 63,9% da população do DF não tem plano e dependem do SUS integralmente para acessar qualquer nível de atenção à saúde. Os que possuem plano, em sua maioria obtêm o vínculo a partir do trabalho, sendo que 17,8% têm plano de saúde empresarial, seguidos de 16,2% que contam com plano de saúde particular. O grupo 1 (conforme estabelecido na PDAD 2018) é o grupo que contrata mais plano de saúde particular (43,4%), sendo também o grupo que mais acessa por meio do trabalho ao plano de saúde empresarial (34,8%) e apenas 18% não tem plano de saúde particular ou empresarial. No grupo 2, 51,1% das pessoas não têm plano de saúde, 23,6% têm plano empresarial e 22,1% particular. No grupo 3, 81,4% não tem plano de saúde, 10,8% plano de saúde empresarial e 3,9% plano de saúde particular, por último o grupo 4, apresenta 86,6% da população sem plano, enquanto 7,9% têm o plano empresarial e 3,9% o plano particular.

Após nos situarmos no contexto socioeconômico do DF, seguiremos para a análise dos recursos destinados à política de saúde no DF, no período de 2009 a 2021, buscando compreender como o orçamento se deu a sua relação com o planejamento apresentado no capítulo 2.

3.2 Análise do orçamento da política de saúde no Distrito Federal no período de 2009 a 2021

As políticas sociais, em tempos de financeirização do capital, são acometidas por uma série de tentativas de desmonte, sendo a restrição dos gastos orçamentários, uma das

principais formas do Estado realizar esse processo. A peça orçamentária, como o planejamento, não é apenas uma peça técnica, mas eminentemente política, como Salvador e Teixeira (2014) colocam. Visto isso, buscaremos, a partir de agora, identificar como a financeirização do capital implica no orçamento destinado à política de saúde do DF. O período de análise corresponde aos anos de 2009 a 2021, e nos basearemos na metodologia proposta por Boschetti (2009) e ratificada por Salvador e Teixeira (2014).

O primeiro ponto da análise, corresponde ao que a política de saúde representou dentro do orçamento geral do DF. Como podemos observar na tabela 2, a função saúde apresentou uma média de 17,81% do orçamento geral em um período de 13 anos. A menor participação da saúde no montante do orçamento geral ocorreu nos anos de 2009 e 2010, desrespeitando a portaria n. 2047, de 5 de novembro de 2002²³ em que coloca que “no caso dos estados, os gastos com Saúde devem aumentar até alcançar, em 2004, pelo menos 12% da sua receita tributária. Os municípios, por sua vez, têm de chegar a 2004 gastando, no mínimo, 15% de tudo que arrecadam.” (BRASIL, 2012). Diante da caracterização do DF enquanto estado e município, ele não cumpriu o percentual mínimo de 15% nos anos de 2009 e 2010 com o financiamento da saúde.

É importante lembrar que a gestão governamental do período citado, era referente ao Governo Arruda (2007-2010), o qual renunciou ao mandato após vários indícios de corrupção em seu governo. Além disso, retomemos ao que foi exposto no Capítulo 2, acerca do PPA 2009-2012, o GDF e o MCB pretendiam firmar um convênio a fim de reduzir as despesas correntes liquidas para a saúde e educação, despesa essa, que para com a saúde já não alçava o mínimo desejável para garantir que a política materializasse os programas e ações previstos e necessários a classe trabalhadora.

Acerca do MCB, não foram encontrados no período de análise, recursos transferidos da função saúde para o CNPJ da empresa, porém no ano de 2009 é possível encontrar três registros no portal da transparência do GDF, correspondendo a função Administração e a função Transporte. Acerca da função orçamentária Administração, a transferência foi realizada para a subfunção do orçamento administração geral e formação de recursos humanos, do programa: gestão de pessoas e da ação: aperfeiçoamento profissional dos servidores e qualificação e desenvolvimento de pessoas, está última com valor zerado. Já para a função orçamentária Transporte, a transferência ocorreu por meio da subfunção do orçamento administração geral, para o programa transporte seguro e para

²³ Essa portaria foi revogada no ano de 2013, pela Portaria Nº 53, de 16 de janeiro de 2013

a ação manutenção de serviços administrativos gerais. Os valores totais transferidos e deflacionados pelo IPCA foram de R\$7.510,26.

Tabela 2- Evolução da função Saúde no período de 2009 a 2021
Valores pagos em R\$ correntes deflacionadas pelo IPCA 2021

Ano	Orçamento Geral	Função Saúde	Participação
2009	24.274.566.527,06	3.403.454.884,29	14,02%
2010	24.393.058.716,86	3.556.479.200,59	14,58%
2011	25.959.891.999,29	4.251.940.571,26	16,38%
2012	27.883.008.504,35	4.715.746.495,19	16,91%
2013	29.631.534.421,08	5.290.719.693,44	17,86%
2014	29.871.498.726,22	5.234.179.003,97	17,52%
2015	42.578.458.779,82	9.873.743.402,30	23,19%
2016	37.286.467.409,99	8.042.653.997,14	21,57%
2017	29.627.300.430,87	5.033.566.047,26	16,99%
2018	30.430.732.560,74	5.090.741.354,85	16,73%
2019	29.527.275.039,53	4.494.867.751,79	15,22%
2020	28.615.350.346,39	4.976.516.169,53	17,39%
2021	31.756.687.171,62	5.840.890.339,36	18,39%
Total	391.835.830.633,81	69.805.498.910,97	17,81%

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Seguindo a análise da tabela 2, todos os anos posteriores a 2010 ficaram acima de 15% em comparação ao orçamento geral. Sendo a participação mais alta os anos de 2015 e 2016. Esses dois anos citados por último, foram os que apresentaram os valores mais altos dentro do orçamento geral, o que repercutiu no orçamento destinado a função saúde, como podemos perceber na tabela 4. Segundo o relatório do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) de 2015, esse processo ocorreu em decorrência de:

Cumprir esclarecer que, a partir de 2015, os recursos oriundos do Fundo Constitucional do DF – FCDF para a área de Saúde foram incorporados ao OFSS e registrados contabilmente no Siggo. Com isso, os valores do FCDF que serviram a custear o pagamento de servidores inativos e pensionistas da Saúde deixaram de compor os quadros aqui apresentados, em virtude de sua classificação, a partir de 2015, no Programa para Operação Especial no âmbito do Iprev/DF. Cabe lembrar que os valores dos OFSS destinados ao pagamento de inativos e pensionistas já vinham, desde exercícios anteriores, sendo executados pelo Iprev/DF e não compunham os dispêndios das áreas temáticas. (TCDF, p.265, 2015)

Podemos visualizar na tabela 2, que a participação da saúde no orçamento geral em 2016 foi de 21,57%, apresentando uma queda no ano posterior (2017) de 4,58%, seguindo em ritmo de queda nos demais anos até 2021, representando em 2018 em relação a 2016 uma queda de 4,84%, em 2019 de 6,35%, 2020 de 4,39% e 2021 de 3,18%. Lembrando que em 2020 e 2021, em decorrência a pandemia da Covid 19, o orçamento da saúde contou com um reforço, posteriormente se apresentou maior em decorrência disso, como poderemos observar na tabela 14.

Essa queda na participação da saúde no orçamento geral, pode apresentar duas razões, a primeira conforme a tabela 3, na qual podemos notar que os recursos provenientes da União para o DF por meio da função saúde, apresentam queda a cada ano. Podendo ser em decorrência da EC 95/2016, mesmo que ela não se aplique aos estados e municípios diretamente, por meio do repasse de recursos da União para o DF ela pode ser sentida.

Tabela 3 - Recursos transferidos da União para o DF entre 2015 e 2019
Valores correntes, deflacionados pelo IPCA

Ano	Saúde
2015	9.919.699.062,69
2016	9.163.567.085,15
2017	8.897.697.755,21
2018	7.827.827.057,10
2019	7.039.723.939,88

Fonte: Siga Brasil
Elaboração Própria

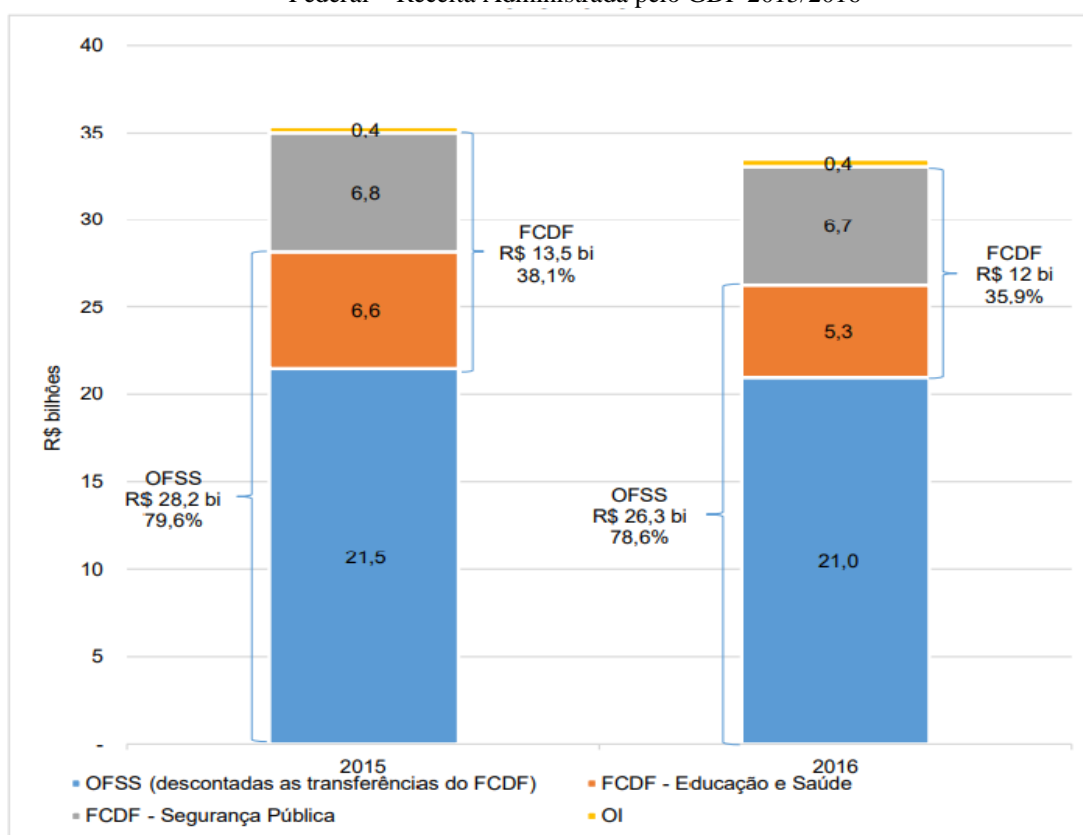
O segundo ponto se dá por meio da transferência de recursos da União para o FCDF. Segundo o relatório do TCDF (2017, p.23):

É importante destacar que a variação da Receita Corrente Líquida – RCL federal, para fins de correção do FCDF, conforme preconizado pelo § 1º do art. 2º da Lei nº 10.633/02, foi negativa em 3,1%, em termos nominais, o que explica a redução real de 10,9% dessa importante fonte de financiamento distrital, com repercussão mais significativa em Educação e Saúde, que perderam, no conjunto da alocação inicial do Fundo, 24,7%, em valores atuais, entre 2015 e 2016.

O efeito da EC 95/2016 pode ser observado também por meio da imagem 1, retirada do relatório analítico de 2017 do TCDF. O Repasse de 2015 para 2016, sofreu um corte de 1,3 bilhão para a saúde. É possível notar que os dados

evidenciam significativa redução no montante recebido da União a título de transferência de recursos do FCDF, em especial para as áreas de educação e saúde. Os R\$ 5,3 bilhões repassados no exercício em apreço para esses setores foram 20,1% menores que o valor atualizado do ano anterior, ou seja, quase R\$ 1,4 bilhão de recursos a menos para fazer frente às despesas distritais com educação e saúde. (TCDF, 2017, p.34)

Imagem 1 - Orçamento Fiscal da Seguridade Social e de Investimentos e Fundo Constitucional do Distrito Federal – Receita Administrada pelo GDF 2015/2016

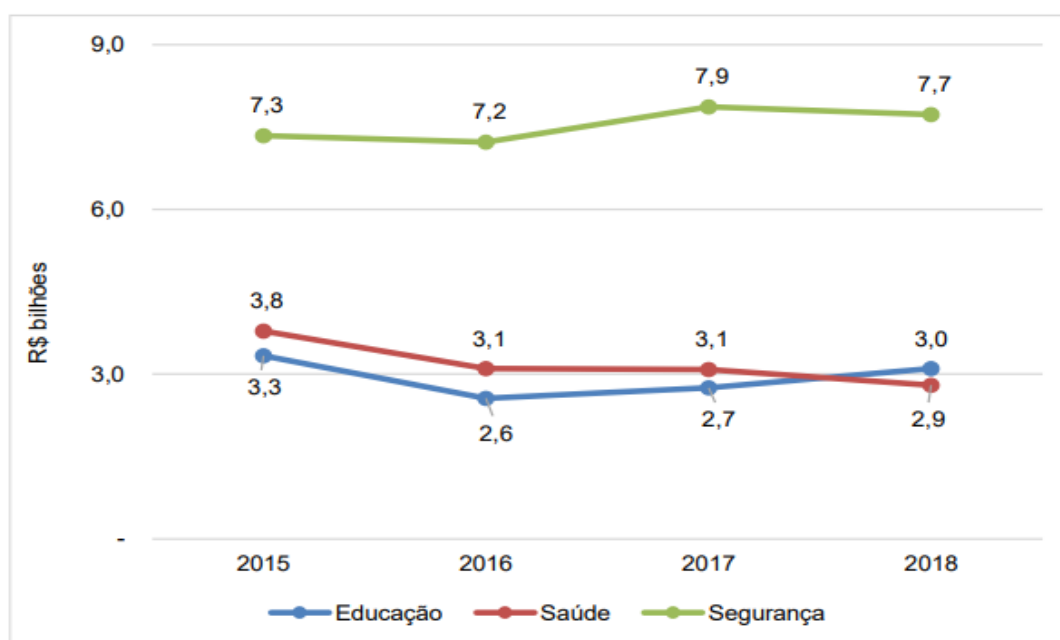


Fontes: Siggo e Siafi.
 Valores de 2015 atualizados pelo IPCA-Médio.
 Deduzida a Receita intraorçamentária de contribuição patronal, conforme metodologia do Balanço Geral.
 Fonte: Relatório Analítico sobre as contas do governo do DF do TCDF 2017
 Elaboração: TCDF

No ano de 2018, segundo o Relatório Analítico sobre as contas do governo do DF (TCDF, 2019, p.66), o orçamento proveniente do FCDF foi distribuído de forma que entre as duas políticas sociais, a educação teve mais recursos do que a saúde, ao contrário dos anos anteriores, em que a saúde sobressaía a política de educação na destinação de recursos.

Na imagem 2, podemos constatar que entre 2015 e 2018, a saúde apresenta queda nos valores orçamentários alocados. A EC 95/2016 não é citada como razão desse presente corte de recursos, porém, é factível que enquanto a área de segurança pública consegue manter os seus recursos de forma geral, tendo pequenas alterações, a área da saúde segue em queda com uma expressividade orçamentária muito maior quando comparada a área da segurança pública.

Imagem 2 - Fundo constitucional do Distrito Federal - Despesa Realizada por área 2015-2018



Fontes: Siafi.

Valores de 2015 a 2017 atualizados pelo IPCA-Médio.

Fonte: Relatório Analítico sobre as contas do governo do DF do TCDF

Elaboração: Relatório Analítico sobre as contas do governo do DF do TCDF

O relatório também apresenta, que a maioria parte do orçamento do FCDF foi direcionado ao gasto com Pessoal e Encargos sociais durante 2015 e 2018, totalizando 88,3%. (TCDF, 2019). Entre 2015 e 2019 houve uma redução no gasto com pessoal de 146,4 milhões na área da saúde, havendo uma pequena compensação desses recursos diminuídos na saúde para a educação. O que nos demonstra, mais uma vez, que na escassez de recursos para as políticas sociais, elas disputaram entre si o que tem disponível.

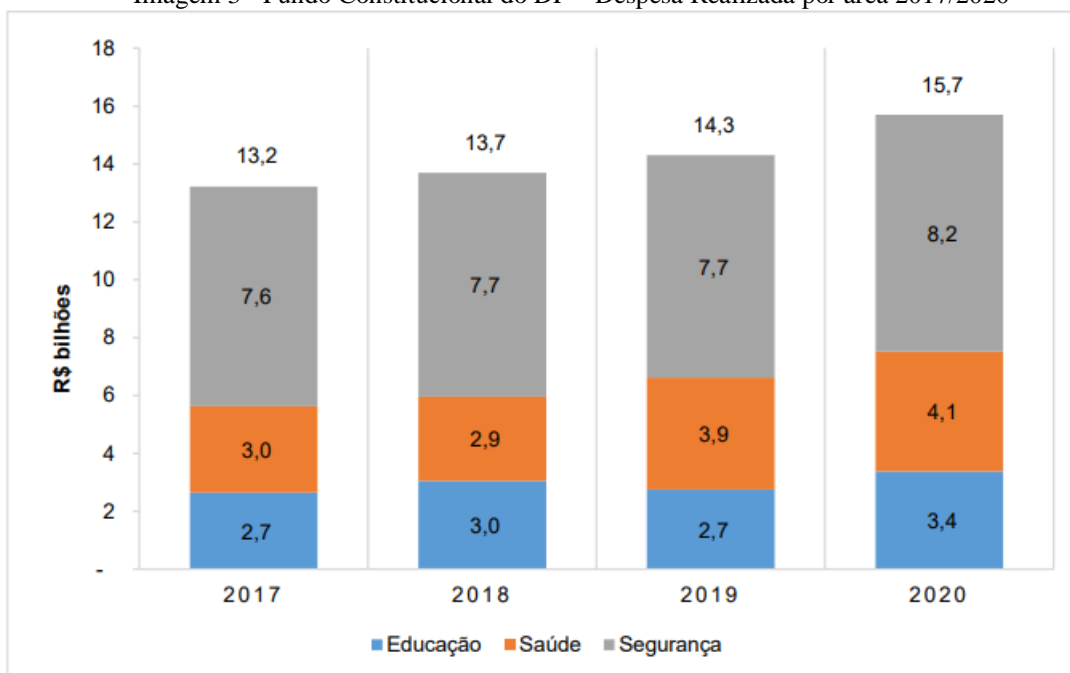
Efetivamente, houve redução nos valores destinados ao custeio de pessoal nas áreas de saúde e segurança pública, que viram suas execuções diminuídas em R\$ 146,4 milhões e R\$ 209,7 milhões, respectivamente e em termos reais, quando comparadas às realizações

ocorridas no ano anterior. Essa retração foi parcialmente compensada pelo incremento verificado nas despesas realizadas com pessoal da área de educação, cujo aumento atingiu R\$ 299,2 milhões entre um exercício e outro. (TCDF, 2019, p.70).

A ampliação dos recursos de 2019 para 2020, como podemos notar na imagem 3, foram direcionadas ao pagamento de aposentadorias e reformas. Para a saúde, esses valores corresponderam a “26,2% (R\$ 226,2 milhões) a mais, perfazendo R\$ 1,1 bilhão.” (TCDF, p.62, 2021).

O que se pode observar entre 2015 e 2020, seguindo o apresentado nos relatórios do TCDF, é que os valores transferidos da União ao FCDF, são utilizados em sua maioria para o pagamento do funcionalismo público, sendo que os aumentos notados se devem ao fato do aumento do custeio dos pagamentos de aposentadorias dos servidores.

Imagem 3 - Fundo Constitucional do DF – Despesa Realizada por área 2017/2020



Fonte: Siafi.

Valores históricos.

Fonte: Relatório Analítico sobre as contas do Governo do DF, exercício 2020

Elaboração: TCDF

Para aprofundarmos no orçamento destinado à função saúde, vamos compreender como o orçamento estadual/municipal do DF se deu entre 2009 e 2021. A política de saúde (ver tabela 5) apresentou uma execução sempre acima dos 95%, devido à vinculação dos recursos e do mínimo obrigatório de aplicação, mesmo que não seja

cumprido em sua totalidade, ainda apresenta uma execução orçamentária alta comparada a outras políticas sociais e até mesmo da seguridade social, como veremos adiante.

O montante do orçamento do GDF (ver tabela 4) se apresenta melhor quando comparado a saúde, tendo sua menor execução em 2013, sendo 96,19% e a maior execução em 2019 de 98,79%, como podemos constatar na tabela 4. Também é importante observar que na maioria dos anos, a execução ficou acima dos 98%, enquanto na função orçamentária saúde apresentou entre 96% e 97% de execução orçamentária.

Ainda, acerca da tabela 4, com relação à tabela 5, para entendermos o movimento do ajuste fiscal, a variação do orçamento geral entre 2009-2021 foi de 30,82%, enquanto na política de saúde foi de 71,62%, esse valor devido à vinculação de recursos e o mínimo aplicável realizado até a EC95/2016.

Entre 2009 e 2015 para o orçamento geral a variação do crescimento real foi de 75,40% e para a saúde foi de 190,11%, ver tabela 4 e 5. A partir de 2016, o movimento acerca da variação para orçamento da saúde fez um movimento inverso, em sentido decrescente, que se apresentou em uma variação negativa de -27,38%, em contrapartida, ao orçamento geral que foi de -14,83%.

Tabela 4 - Evolução do Orçamento geral, valores empenhados, liquidados e total pago no período de 2009-2021, deflacionados pelo IPCA

Ano	Empenhado	Liquidado	Total Pago	Execução Orçamentaria
2009	24.761.257.214,67	24.374.912.917,94	24.274.566.527,06	98,03%
2010	24.890.608.412,39	24.436.922.359,75	24.393.058.716,86	98,00%
2011	26.442.061.178,76	26.007.023.242,55	25.959.891.999,29	98,18%
2012	28.441.223.417,86	27.910.043.655,79	27.883.008.504,35	98,04%
2013	30.806.474.668,81	29.667.513.584,16	29.631.534.421,08	96,19%
2014	30.491.531.041,91	30.057.100.633,19	29.871.498.726,22	97,97%
2015	43.504.821.128,77	43.067.002.521,34	42.578.458.779,82	97,87%
2016	37.788.300.775,08	37.312.576.543,88	37.286.467.409,99	98,67%
2017	30.065.842.308,62	29.660.386.113,35	29.627.300.430,87	98,54%
2018	30.917.635.847,62	30.516.197.053,66	30.430.732.560,74	98,43%
2019	29.888.926.528,71	29.572.380.053,79	29.527.275.039,53	98,79%
2020	29.212.745.501,53	28.710.238.921,99	28.615.350.346,39	97,96%
2021	32.500.401.100,31	31.832.059.401,27	31.756.687.171,62	97,71%

Total	399.711.829.125,04	393.124.357.002,67	391.835.830.633,81	98,03%
Var. 2009-2021	30,82%			
Var. 2009-2015	75,40%			
Var. 2016-2021	-14,83%			

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Conforme a tabela 4, os anos de 2016 até 2021, apresentam redução nos valores pagos seguindo um ritmo de decrescimento, que aqui entendemos por desfinanciamento por conta da EC 95/2016, do ajuste fiscal. Podemos notar, que os valores pagos nos anos mais recentes da análise muito se assemelham aos valores pagos aos anos do início da análise, especialmente os anos de 2011 e 2012 com os anos de 2019 e 2020.

Os valores mais altos de empenho, liquidação e pagamento são de 2015 e 2016, anos referentes ao último ano do PPA do governo Agnelo e primeiro ano do PPA do governo Rollemberg, que em seus anos subsequentes de governo apresentou valores empenhados, liquidados e pagos bem abaixo do ano de 2016. No ano de 2017, por exemplo, apresentou uma redução de 37,41% em relação ao de 2016, conforme a tabela 5. Isso se deveu ao fato de nos anos de 2015 e 2016, o orçamento do FCDF ser incorporado as contas públicas do DF, sendo que no ano de 2017 esses valores voltaram a ser contabilizados no orçamento proveniente da União, conforme podemos observar:

A partir do exercício de 2015, os recursos do Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF destinados às áreas de educação e saúde passaram a compor o orçamento local, sendo executados no Sistema Integrado de Gestão Governamental – Siggo. Os recursos do FCDF destinados à área de segurança continuam a ser executados no Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI, do Governo Federal.” (TCDF, p.12, 2017).

Tabela 5 - Evolução da função saúde, valores empenhados, liquidados e pagos no período de 2009 a 2021, deflacionados pelo IPCA

Ano	Empenhado	Liquidado	Total Pago	Execução
2009	3.547.213.218,98	3.415.805.238,74	3.403.454.884,29	95,95%
2010	3.705.265.331,36	3.569.826.038,27	3.556.479.200,59	95,98%
2011	4.421.603.710,45	4.258.145.519,61	4.251.940.571,26	96,16%
2012	4.876.411.056,34	4.723.214.529,03	4.715.746.495,19	96,71%
2013	5.432.989.914,94	5.296.924.256,46	5.290.719.693,44	97,38%
2014	5.401.297.064,53	5.241.709.080,53	5.234.179.003,97	96,91%
2015	10.025.470.910,14	9.884.435.690,77	9.873.743.402,30	98,49%
2016	8.247.307.970,91	8.048.930.394,10	8.042.653.997,14	97,52%
2017	5.174.440.516,87	5.036.544.509,95	5.033.566.047,26	97,28%
2018	5.239.146.385,85	5.091.528.275,18	5.090.741.354,85	97,17%
2019	4.588.585.016,81	4.496.126.644,73	4.494.867.751,79	97,96%
2020	5.095.439.959,05	4.978.711.209,86	4.976.516.169,53	97,67%
2021	6.047.753.304,46	5.841.443.371,23	5.840.890.339,36	96,58%
Total	71.802.924.360,69	69.883.344.758,47	69.805.498.910,97	97,22%
Var 2009-2021	71,62%			
Var 2009-2015	190,11%			
Var 2016-2021	-27,38%			

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Como vimos anteriormente, as políticas sociais acabam por disputar recursos, seja quando estamos falando sobre o FCDF, seja acerca do orçamento da seguridade social. Portanto, é importante compreender como ocorreu o orçamento das demais políticas sociais que compõe a seguridade social no Brasil e no DF, sendo elas a assistência social, a previdência social e a saúde.

A função saúde (ver tabela 6) com exceção dos anos de 2017, 2018 e 2019, foi a que mais recebeu recursos da seguridade social, seguida pela previdência social. A sua maior participação ocorreu, em 2013, com 62,91% do orçamento da Seguridade Social e depois, em 2014, com 61,89%. Os gastos com a saúde a partir de 2017, com exceção de 2021, seguem em queda e sua participação no orçamento da seguridade social é menor em decorrência disso. Mais um efeito do congelamento dos gastos primários, que para os municípios e estados pesam por conta das transferências fundo a fundo.

O orçamento da seguridade social como um todo, não se apresenta como um dos melhores, mantendo os valores aproximados entre 2017 e 2021, não tendo um crescimento constante mínimo sequer, como apresentou de 2009 a 2016. Indicações que a partir de 2016, com o golpe de estado do então vice Michel Temer, as ofensivas neoliberais que antes ainda podiam se apresentar mais contidas, a partir de agora encontram espaço sem fazer esforço para destruição do campo social, por meio da redução do orçamento, que culmina na desestruturação de ações e serviços das políticas sociais.

Enquanto a saúde e a previdência em 2015 e 2016, tiveram aumento em seu orçamento, a assistência social apresentou queda no mesmo período, especialmente em 2016, que o seu orçamento executado foi baixíssimo, sendo o ano com menor valor entre 2009 e 2021. Em 2017 o valor executado aumenta, porém, os anos de 2018, 2019, 2020 não alcançam os valores pagos nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014, ficando sempre abaixo. Isso ocorre porque o gasto orçamentário com a política de assistência social, não tem vinculação de recursos e um gasto mínimo obrigatório. Fazendo com que quando necessário os seus recursos possam ser utilizados e redirecionados para as outras políticas.

Tabela 6 – Comparação entre a evolução das funções Assistência Social e Previdência com a função Saúde no período de 2009 a 2021, valores deflacionados pelo IPCA

Ano	Assistência Social	Previdência	Saúde	Total ano a ano	Representação Saúde
2009	770.743.475,78	2.154.168.824,71	3.403.454.884,29	6.328.367.184,77	53,78%
2010	823.140.138,62	2.393.421.005,40	3.556.479.200,59	6.773.040.344,61	52,51%
2011	797.757.446,56	2.603.152.011,08	4.251.940.571,26	7.652.850.028,90	55,56%
2012	651.042.383,95	2.703.314.263,84	4.715.746.495,19	8.070.103.142,98	58,43%
2013	674.629.231,92	2.445.053.265,24	5.290.719.693,44	8.410.402.190,60	62,91%
2014	724.343.245,52	2.499.173.834,63	5.234.179.003,97	8.457.696.084,13	61,89%
2015	639.732.706,75	8.179.871.797,99	9.873.743.402,30	18.693.347.907,04	52,82%
2016	252.870.225,98	7.741.976.874,82	8.042.653.997,14	16.037.501.097,93	50,15%
2017	550.832.442,58	5.298.558.714,42	5.033.566.047,26	10.882.957.204,25	46,25%
2018	540.962.834,77	5.279.982.683,05	5.090.741.354,85	10.911.686.872,67	46,65%
2019	504.848.383,39	5.387.627.141,17	4.494.867.751,79	10.387.343.276,35	43,27%
2020	601.135.700,96	4.677.681.300,95	4.976.516.169,53	10.255.333.171,44	48,53%
2021	682.842.978,89	4.924.338.999,67	5.840.890.339,36	11.448.072.317,92	51,02%
Total	8.214.881.195,66	56.288.320.716,97	69.805.498.910,97	134.308.700.823,60	51,97%

Fonte: Portal da Transparência do GDF

Elaboração Própria

Outro ponto importante da análise, é compreender como os recursos da função saúde está sendo distribuídos entre as suas subfunções. Começaremos com a subfunção Atenção Básica (301). A atenção básica a saúde (ou APS, entendida como sinônimo de atenção básica após 2017) é primordial para o funcionamento do SUS. Ela deve ser a porta de entrada e o nível de assistência que a população mantenha maior vínculo, tendo em vista a sua amplitude, o território, os seus princípios e diretrizes segundo a Portaria

N. 2.436²⁴, de 21 de setembro de 2017. Conforme a Portaria em tela, os princípios correspondem a universalidade, equidade e integralidade; e, as suas diretrizes são: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

A APS no Brasil é primordial na garantia do direito a saúde da classe trabalhadora, especialmente na parcela que corresponde as minorias políticas. A partir dos preceitos garantidos, é possível aplicar as políticas criadas para cada grupo, como a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, e com isso ter maior resolutividade das demandas do processo saúde-doença. Para que isso ocorra integralmente, é necessário que existam recursos suficientes para essa garantia.

A tabela 7, apresenta o orçamento destinado a esse nível de atenção do SUS. Os valores pagos para a APS, não apresentam constância no decorrer dos anos, existindo grandes oscilações nos valores executados para essa subfunção orçamentária. O ano de 2018, apresentou o menor valor do período estudado, sendo 51,78% a menos do valor pago em 2017. O ano de 2017 seguiu o mesmo ritmo de declínio em relação com o ano anterior (2016) apresentando uma diferença em valores pagos de 2017 em relação a 2016 de 44,96%.

Destacamos que os anos de 2016, 2017 e 2018, apresentam a menor destinação de recursos orçamentários para atenção primária no DF. Como dito no capítulo anterior, cabe lembrar que no planejamento do governo Rollemberg (2015 a 2018) foi formulado o programa Brasília Saudável “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal” (BRASÍLIA, 2016), que como já diz o nome (e em partes, o conteúdo do programa) deveria se ter como prioridade a APS. Porém, dentro do PPA 2016-2019, elaborado no Governo Rollemberg, encontramos a pior execução orçamentária para a subfunção atenção básica do SUS em todo o período analisado nesta dissertação.

A APS é essencial para a garantia da saúde à classe trabalhadora, consegue entender determinado território e as suas especificidades. A partir do acompanhamento contínuo, saber quais são as principais demandas daquela população específica, como também o comportamento étnico-cultural daquele povo, e, como isso se relaciona com as condições de saúde.

²⁴ Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da APS no SUS, ver mais em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Também é papel da APS, reduzir os agravos e danos à saúde, especialmente por doenças crônicas. Referenciar para a rede, não apenas para a atenção especializada, mas para a rede de outros setores do estado, como a política de assistência social. Além de executar as políticas voltadas as mulheres, as pessoas negras, indígenas etc.

APS é grandiosa se bem executada, mas para isso necessita de um orçamento que contemple as suas ações, como o restante do SUS necessita, e precisa que o planejamento seja utilizado com fins de garanti-la. O que não ocorreu em 2015, 2017 e 2018. O programa Brasília Saudável (2016) colocou-se enquanto reorganizador da APS, mas, na verdade, não teve representação alguma para ela, e como está colocado em seu texto o interesse real não era fortalecer a atenção primária, mas introduzir a iniciativa privada na gestão da política de saúde do DF, como o fez.

Notemos que o problema indicado no programa é a gestão, mas como gerir sem orçamento destinado para tal? A verdade é que com o acirramento da luta de classes diante do processo de financeirização e das recorrentes políticas neoliberais aplicadas no GDF, o fundo público se tornou ainda mais interesse para o setor privado e encontrou a abertura que precisa para ter uma fatia maior do bolo.

Uma das performances realizadas para que se abra espaço para essa financeirização, é por meio da desestruturação do serviço, ou seja, a partir da redução dos gastos orçamentários, determinada ação ou serviço em saúde não pode ser realizada, diante disso, é dito que o estado não tem capacidade para gerir aquele setor e que precisa da iniciativa privada para que se alcance o desejado na área da saúde pública. A inconstância de forma geral do orçamento para as subfunções da saúde é reflexo desse movimento. Não é sobre desestruturar apenas uma ala da saúde pública, mas o sistema como um todo.

Tabela 7 - Evolução da Subfunção Atenção Básica no período de 2009 a 2021
Valores pagos correntes em R\$, deflacionados pelo IPCA

Atenção Básica	Total Pago
2009	87.711.681,93
2010	139.129.406,18
2011	80.670.023,09
2012	65.039.482,99
2013	59.759.908,70
2014	59.916.588,25
2015	40.930.254,18
2016	70.983.388,36
2017	31.914.409,14
2018	16.524.791,51
2019	145.813.179,84
2020	211.137.658,44
2021	211.101.063,00

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Na tabela 8, verificamos os valores pagos para a subfunção atenção hospitalar e ambulatorial (302). O período com os menores valores se dá entre 2014 e 2018. Os valores mais expressivos são justamente os anos de 2009 a 2013 e 2019 a 2021, sendo o mais significativo o valor de 2021, possivelmente em decorrência da pandemia da Covid-19, que exige mais da atenção especializada para o cuidado da população.

Essa é a subfunção que mais aloca recursos em comparação com as demais. Isso se dá tanto pelo seu custeio que de fato é mais alto, visto que abarca os hospitais de média e alta complexidade, além das UPAs. Mas, além disso, é também aqui que ocorre o maior interesse dos governos que compactuam com a privatização do SUS. Isso não quer dizer que as outras áreas da saúde como a APS não sejam interessantes para o processo de

financeirização da saúde pública, por meio da gestão privada, mas quer dizer que a atenção especializada ainda se demonstra um terreno mais fértil para esse processo.

Tabela 8 - Evolução da Subfunção Assistente Hospitalar e Ambulatorial no período de 2009 a 2021. Valores Pagos em R\$ correntes, deflacionados pelo IPCA

Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Total Pago
2009	1.465.710.969,54
2010	1.483.809.984,18
2011	1.117.253.306,77
2012	1.149.269.413,20
2013	1.229.933.957,64
2014	987.143.309,20
2015	928.628.281,98
2016	790.671.689,08
2017	842.481.772,15
2018	992.480.122,61
2019	1.357.582.351,88
2020	1.386.027.385,44
2021	2.245.702.934,80

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

A próxima subfunção corresponde ao suporte profilático e terapêutico (303), responsável pelas ações voltadas para a produção, distribuição dos fármacos e produtos relacionados. Existe uma constância nos valores pagos entre o período de 2011 a 2021, conforme a tabela 9. De acordo com a respectiva tabela, os menores valores ocorreram nos anos de 2009 e 2010, tendo um aumento significativo no ano de 2011, aumento este que se manteve nos demais anos. Apresentando uma queda novamente em 2018 e sendo subsequente aos de 2019 e 2020. Comparada as demais subfunções, essa é a que manteve mais constância em seus valores pagos.

Tabela 9 - Evolução da Subfunção Suporte Profilático e Terapêutico no período de 2009 a 2021 – Valores pagos correntes em R\$, deflacionados pelo IPCA

Suporte Profilático e Terapêutico	Total Pago
2009	22.048.093,37
2010	25.652.297,53
2011	304.208.117,06
2012	399.286.465,54
2013	369.887.842,47
2014	273.929.199,59
2015	373.525.522,74
2016	296.015.374,62
2017	376.170.571,73
2018	314.647.998,87
2019	286.487.745,48
2020	239.360.611,98
2021	276.753.284,61

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

A tabela 10, nos apresenta a subfunção vigilância sanitária (304). Essa subfunção se assemelha a 301 e 302 na inconsistência do orçamento alocado e executado para ela. Os anos com maiores recursos são 2013 e 2015 e os piores são 2019, 2012 e 2021 respectivamente. Não existe justificativa nos relatórios do TCDF para a inconstância dos valores. Mas, diante do que observamos, o subfinanciamento da política de saúde, faz com que os recursos sejam disputados entre as subfunções, alocados nas subfunções de referência da política de saúde e que apresentam maior visibilidade para a população.

Tabela 10- Evolução da Subfunção Vigilância Sanitária no período de 2009 a 2021
Valores Pagos em R\$ correntes, deflacionados pelo IPCA

Vigilância Sanitária	Total
2009	1.305.622,29
2010	6.714.531,90
2011	10.100.352,86
2012	5.546.422,20
2013	17.470.665,01
2014	8.828.364,63
2015	15.708.040,49
2016	12.034.409,53
2017	9.950.817,25
2018	9.187.227,07
2019	3.816.156,21
2020	6.221.561,21
2021	5.952.652,69

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Outra subfunção que recebe valores bem baixos no decorrer dos anos analisados e que fica a cargo de executar ações contra endemias, como as arboviroses, a vacinação de crianças e adultos, como também de animais, foi a vigilância epidemiológica (305). Os valores oscilam bastante também, seguindo a falta de constância do orçamento destinados as subfunções.

Os anos de 2010, 2017 e 2018 receberam os menores valores, sendo o ano de 2018 o com menor valor. Sendo o maior valor pago em 2013, o próximo valor mais perto desse ocorreu no ano subsequente (2014), depois só em 2021 que os recursos foram “melhorzinhos”. Sendo que a diferença do maior valor pago em 2013 para o terceiro maior valor pago (2021) apresenta uma diferença de 44,74%. E do maior valor pago (2013) para o menor (2018) a diferença é 21x a menos que o valor de 2013.

Um ponto importante verificado por meio dos relatórios do TCDF, é que a subfunção Vigilância Epidemiológica, não conseguiu alcançar nos anos de 2017 e 2018,

anos estes que teve menor orçamento, o mínimo desejável em vacinação antirrábica e o mínimo desejável nacionalmente para vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos: Pentavalente (3º dose), Pneumocócica10-valente (2º Dose), Poliomelite (3º Dose) e Tríplice Viral (1º Dose) - com Cobertura Vacinal Preconizada (TCDF, p.269, 2017).

Tabela 11 - Evolução da Subfunção Vigilância Epidemiológica no período de 2009 a 2021 – Valores Correntes pagos, deflacionados pelo IPCA

Vigilância Epidemiológica	Total Pago
2009	7.527.167,91
2010	3.989.961,92
2011	7.822.446,22
2012	15.568.502,81
2013	51.527.040,97
2014	30.011.108,64
2015	7.930.065,02
2016	14.171.416,74
2017	3.458.051,01
2018	2.493.220,59
2019	18.655.794,17
2020	19.844.762,12
2021	23.051.879,47

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

A última subfunção da função saúde, alimentação e nutrição (306), ver tabela 12, apresenta uma oscilação menor em seu orçamento no período de 2012 a 2019, apresentando uma queda consecutiva, mas menos expressiva que as demais subfunções, a partir de 2015. O ano com menor recursos foi o de 2010 e o mais expressivo o de 2015.

Tabela 12 - Evolução da Subfunção Alimentação e Nutrição no período de 2009 a 2021
Valores Pagos em R\$ correntes, deflacionados pelo IPCA

Alimentação e Nutrição	Total Pago
2009	138.102.274,08
2010	93.414,70
2011	11.379.286,34
2012	215.622.398,07
2013	216.375.326,09
2014	228.078.938,87
2015	245.585.512,34
2016	236.131.042,00
2017	208.395.641,31
2018	188.981.768,43
2019	185.682.054,76
2020	152.602.146,88
2021	142.669.863,89

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Foi possível observar, a partir do início dessa análise, que os recursos para a saúde pública, dentro do período analisado, não foram suficientes para que as subfunções conseguissem realizar as ações e serviços em saúde previstos e preconizados pelo SUS.

Foi possível constatar, também, que a EC95/2016 implica no orçamento para a saúde pública no DF por meio do FCDF, fazendo com que a sua utilização passe a ser basicamente para o pagamento das aposentadorias e pensões dos servidores da saúde, ficando o financiamento da política de saúde a cargo majoritariamente do DF. Com isso, a tendência acerca do orçamento é que exista uma sobrecarga e posteriormente o desfinanciamento da política.

Com a redução do acesso a serviços e ações em saúde, o estado justificará que não consegue mais gerir a saúde pública, apresentando como uma saída o repasse da gestão

ao setor privado, movimentos esses prescritos por meio do planejamento estatal e seus produtos.

Diante desse primeiro processo, que formata a base para a financeirização do capital na saúde pública do DF, vamos seguir para o segundo momento da análise do orçamento, identificando e constando como a financeirização do capital está ocorrendo na saúde pública do DF, por meio de sua relação com o setor privado de saúde.

3.3 Financeirização da saúde pública no DF por meio da sua relação com o setor privado

A financeirização do capital, ganhou centralidade nos estudos da economia política no final do século XX. As categorias como neoliberalismo, globalização e financeirização ganharam espaço nas discussões da economia política e no campo das políticas sociais. Segundo Sestelo *et al* (2017, p.1098) “da mesma forma, pode-se dizer que o tema passou da periferia para o mainstream do campo acadêmico enquanto o seu campo de observação empírica se ampliou do centro para os países da periferia do sistema.”.

Essa financeirização do capital, que abrange todos os campos da vida social, corresponde ao processo no qual a acumulação capitalista apresenta uma preponderância do setor financeiro. Mas essa dominância não se dá apenas no plano econômico, ela reflete no campo político e social, temos “de um novo padrão histórico, desenvolvido sob condições específicas” (SESTELO *et al*, 2017, p.1100). 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.

Sestelo *et al* (2017) destaca que é necessário buscar compreender como a financeirização acontece nos países periféricos, visto que muitas das interpretações ocorrem baseadas no padrão dos Estados Unidos. Além disso, os autores colocam que como em todas as fases do capitalismo e dos padrões de acumulação, não existe simultaneidade na temporalidade da financeirização do capital em todos os países e nem em todos os setores.

As políticas sociais, que antes não eram tão interessantes ao mercado, começam a se demonstrar produtos rentáveis para o mercado financeiro, como a política de previdência social, mas não apenas, a política de saúde cada vez mais está se tornando alvo das investidas da financeirização do capital, o exemplo mais claro que temos hoje desse movimento, é por meio das seguradoras e planos de saúde. Mas o que nos cabe

aqui, é buscar compreender como a financeirização da saúde está ocorrendo no setor público de saúde do DF.

O uso do planejamento do Estado no DF, nos demonstra a inserção da financeirização do capital nas políticas públicas e sociais. Colocações como planejamento estratégico, baseado no alto índice do uso de tecnologias buscando uma modificação institucional do Estado, constam no Plano Estratégico 2019-2060 do governo Ibaneis (2019-2022). Esse movimento, realizado por meio do orçamento, propicia e potencializa o Estado a operar conforme as demandas do mercado privado.

Primeiramente, a forma de gerir o Estado é fundamental para que esses processos de financeirização do capital se estabeleçam. Como já foi colocado, o SUS desde sua formatação deixou um espaço para que o setor privado pudesse complementar as suas ações conforme a demanda que não fosse suprida, esse processo ocorre especialmente na função atenção especializada, e já podemos considerar um ponto da financeirização do capital na saúde, tendo por base que esse setor privado que atende o SUS é composto por uma rede de saúde com interesses de aumentar a sua lucratividade, sendo que o repasse de recursos do fundo público para o setor privado acabam por serem aplicados financeiramente. Sestelo *et al* (2017, p.1098) coloca que “nesse particular, as abordagens mais incidentes adotam modelos causais que focam em ações de governo direcionadas para agentes econômicos privados como empresas e pessoas físicas por meio de políticas sociais de Estado.”

A saúde pública no DF, como podemos observar conforme a tabela 13, repassa ao setor privado, por meio da ação de serviços complementares à saúde, uma parcela razoável do fundo público, especialmente quando comparado as subfunções da função saúde. Segundo Sestelo *et al* (2017, p.1107):

“com a privatização há também a criação de novos fluxos de recursos e receitas anteriormente inexistentes que são absorvidos pelo setor privado e podem ser consolidados em ativos financeiros, especialmente quando os serviços passam a ser prestados por grandes empresas inseridas em uma dinâmica mais geral de acumulação financeirizada.”

Tabela 12- Ações de Serviços Complementares à saúde de 2013 a 2021
Valores Pagos em R\$ correntes, deflacionados pelo IPCA

Ano	Valores Pagos
2013	R\$ 338.140.490,59
2014	R\$ 359.968.098,99
2015	R\$ 335.335.624,72
2016	R\$ 351.882.105,68
2017	R\$ 284.660.203,12
2018	R\$ 268.108.719,11
2019	R\$ 186.933.665,25
2020	R\$ 19.704.602,84
2021	R\$ 15.923.400,67

Fonte: Portal da transparência do DF
Elaboração Própria

Como demonstramos no capítulo 2, o governo Arruda (2008-2011) por meio do relatório do PPA, já previa a inserção de empresas ligadas ao mercado financeiro, empresa que tinha por objetivo “cuidar” das questões que apenas o Estado até o momento era responsável. Não conseguimos localizar valores transferidos entre 2009-2012 para o setor privado por meio da saúde privada complementar. Mas, os anos subsequentes da análise, nos demonstra que nos três últimos anos do Governo Agnelo (2011-2014), houve uma transferência alta de recursos para o setor privado por meio da ação de serviços complementares à saúde, indicando que mesmo que não se tenha indicativos escritos nos instrumentos do seu planejamento, com o intuito de financeirizar o setor da saúde no DF, diante do que se está colocado constitucionalmente esse processo teria espaço para acontecer.

No Governo Rollemberg (2015-2018), os recursos transferidos são similares ao governo Agnelo (2011-2014), mas apresentam uma redução a cada ano, reduzindo os recursos até o ano de 2021. Sendo que mais expressivamente enxergamos essa redução nos de 2020 e 2021, anos da pandemia da covid e anos em que o IGES/DF aumentou o seu orçamento.

Tanto o Governo Rollemberg (2015-2018) como o governo Ibaneis (2019-2022), deram base material para que o processo de financeirização da saúde pública no DF acontecesse, especialmente por via do IGES/DF. Conforme podemos observar segundo o

quadro 5, o IGES/DF a partir de seu primeiro ano de implementação (2018) já realizava aplicações financeiras com os recursos provenientes do fundo público.

Quadro 5 - Saldo das constas correntes e aplicação das contas do IGES/DF em 2018

Conta	Saldo em conta corrente em 31/12/2018	Saldo em aplicação financeira em 31/12/2018
215-0096476	18.527,62	110.744,90
215-0095380	36.281,99	2.024.281,79

Fonte: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal- Relatório Anual de Avaliação do Contrato de Gestão Contrato de Gestão nº 001/2018-SES-DF
Elaboração Própria

Podemos observar que no ano de 2018, a partir do saldo bancário na data de 31/12/2018, a aplicação financeira era superior ao saldo em conta corrente. Sendo o da conta 215-0096476 o valor em conta corrente de R\$18.527,62 e o em aplicação R\$110.744,90, o da conta 215-0095380 de R\$36.281,99 e da aplicação de R\$2.024.281,79.

Segundo o próprio relatório Anual de Avaliação do contrato de Gestão, tanto do ano de 2018, quanto de 2019 e 2020²⁵ “com a finalidade de garantir a maximização dos recursos e o controle dos saldos, os valores recebidos são disponibilizados imediatamente, sendo que os resgates são realizados de acordo com a necessidade de liquidação dos compromissos assumidos.” (IGES/DF, 2018, p.32). Ou seja, qualquer valor que entre na conta bancária do IGES/DF logo em seguida é colocado para aplicação financeira por meio de crédito direto automático - CDC.

Quadro 6 - Saldo das constas correntes e aplicação das contas do IGES/DF em 2019

Conta	Saldo em conta corrente em 31/12/2019	Saldo em aplicação financeira em 31/12/2019
215-0096476	77.777,91	31.137,02
215-0095380	2.349.703,42	21.252.188,55

Fonte: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – Relatório Anual de Acompanhamento e Avaliação do contrato de Gestão 2019
Elaboração Própria

²⁵ O relatório de 2021 não se encontra disponível até o encerramento de escrita dessa pesquisa.

O quadro 6, nos demonstra que os valores aplicados no último período de 2019 são significativamente maiores quando comparados ao de 2018 (quadro 5). Sendo menores no ano de 2020 (quadro 7), tendo como possível razão o maior fluxo do caixa do IGES/DF em decorrência da pandemia e da maior necessidade da realização de contratos.

Quadro 7 - Saldo das contas correntes e aplicação das contas do IGES/DF em 2020

Conta	Saldo em conta corrente em 31/12/2020	Saldo em aplicação financeira em 31/12/2020
215-0096476	0,00	29.929,89
215-0095380	268.503,35	3.423.958,52

Fonte: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – Relatório Anual de Acompanhamento e Avaliação do contrato de Gestão 2020
Elaboração Própria

A financeirização da saúde pública no DF pode ser constatada então, segundo os dados desses relatórios, na atenção especializada por via de hospitais e UPAS. Parcela essa do SUS que sempre gerou interesse do meio privado por sua rentabilidade e recursos mais expressivos.

A saúde ofertada por unidades que estão sob gestão do setor privado não garante o que está preconizado no SUS. É uma saúde empobrecida, baseada em números que revelem a eficácia descrita no Plano Estratégico 2019-2060.

A essência da financeirização do capital na vida da população, representa menos acesso às políticas sociais, além de serviços mais precários, culminando em uma piora do bem-estar da classe trabalhadora, em contrapartida, temos o aumento da riqueza dos acionistas e banqueiros que ganham com o rendimento dos recursos do fundo público.

Lembrando sempre que o fundo público é composto também por recursos provenientes da classe trabalhadora por via da tributação, logo esses recursos utilizados para aplicação financeira e os lucros providos por esse processo, são recursos expropriados da classe trabalhadora, que após 2016 vem sofrendo inúmeras derrotas na garantia de seus direitos por meio das políticas sociais, inclusive na saúde pelo teto de gastos da EC 95/2016.

A desestruturação e o desfinanciamento da saúde pública fazem parte do que é a financeirização do capital. Se destrói o que está estabelecido, inclusive pela via

orçamentaria para que poder justificar a entrada do setor privado na saúde pública, ou então, para justificar a criação e disseminação de planos de saúde populares e os planos de saúde convencionais.

Continuando com os recursos transferidos do Fundo de Saúde do DF para o IGES/DF. A tabela 13, nos indica os valores empenhados, liquidados e pagos para o IGES no período de 2019 a 2021. Como podemos observar, pela primeira vez nessa análise, temos uma execução orçamentaria de 100%. E não uma vez, mas duas! Com exceção do ano de 2021, que a execução foi de 97,73%, os anos de 2019 e 2020 tiveram execução de 100%. A variação de recursos também nos chama bastante atenção, pois entre 2019 e 2021 foi de 137,43% contra 29,95% de variação real para a função saúde no mesmo período.

Tabela 13 - Transferência de Recursos do Fundo de Saúde do DF para o IGESDF de 2019-2021, Valores Correntes em R\$, deflacionados pelo IPCA

Ano	Empenhado	Liquidado	Pago	Execução Orçamentaria
2019	467.089.752,06	467.089.752,06	467.089.752,06	100,00%
2020	816.183.975,92	816.183.975,92	816.183.975,92	100,00%
2021	1.134.830.973,2 7	1.109.031.395,0 5	1.109.031.395,0 5	97,73%
Variação				
2019	137,43%			
2021				

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Para termos uma precisão maior na análise e tendo em visto a pandemia da Covid 19, trouxemos a ação Enfretamento da Emergência Covid 19, executada pelo IGES e que teve parte do orçamento transferido destinado à ação. No ano de 2020, o valor pago foi 29x maior que o valor pago em 2021. Lembrando que o IGES é responsável pela gestão do Instituto Hospital de Base, do hospital de Santa Maria e de todas as 13 UPAs do DF.

No ápice da pandemia, houve uma redução drástica de orçamento destinado à ação enfrentamento da emergência Covid 19, que tem sua execução por meio do IGES/DF, não sendo esse valor realocado em si para a saúde pública, mas sim para uma variedade

de credores privados do setor privado de saúde, como pode ser constatado no portal da transparência do GDF²⁶. Enquanto faltaram recursos para os hospitais geridos pela SES/DF “sobrou” para pagar a rede privada de serviços de saúde.

Tabela 14 - Recursos transferidos do Fundo de Saúde do DF para o IGES para a ação Enfrentamento da Emergência Covid 19

Ano	Ação Enfrentamento da Emergência Covid 19
2020	288.635.058,12
2021	9.898.514,98
Total	298.533.573,10
Var. 2020-2021	-96,57%

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

A tabela 14, nos demonstra a participação da Ação Enfrentamento da emergência Covid 19 nos recursos transferidos ao IGES/DF. A participação entre 2020 e 2021 foi de 15,51% no total de recursos direcionados a essa ação.

Tabela 15 - Participação da Ação Enfrentamento da Emergência Covid 19 nos recursos transferidos do Fundo de Saúde do DF para o IGES

Total recursos 2020/2021	R\$ 1.925.215.370,96
Total recursos 2020/2021 Covid	R\$ 298.533.573,10
Participação da Ação Enfrentamento da Covid nos recursos do IGES	15,51%

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Finalizamos a nossa análise com a participação do IGES/DF nos recursos da função saúde, conforme a tabela 15. Como podemos perceber o IGES/DF a cada ano que passa aumenta a sua participação nos recursos da política de saúde, iniciando em 2019 com

²⁶ Ação enfrentamento da Emergência Covid 19, ano de 2020 <http://www.transparencia.df.gov.br/#/despesas/consulta-dinamica> Ação enfrentamento da Emergência Covid 19, ano de 2021: <http://www.transparencia.df.gov.br/#/despesas/consulta-dinamica>

10,39%, aumentando em 6,01% em 2020, e 8,60% em 2021 quando comparado a 2019. A variação real entre 2019 e 2021 ao que foi repassado ao IGES/DF, sobressaiu 3x a mais a variação da função saúde no mesmo período. Outra demonstração, que o setor privado de saúde, consegue não apenas ter os recursos provenientes do fundo público mantidos, mas também ampliados.

Tabela 16 - Participação do IGES nos recursos da função Saúde no período de 2019-2021
Valores correntes em R\$, deflacionados pelo IPCA

Ano	Total Pago Função Saúde	Total Pago IGES/DF	Rep. do IGES/DF na função Saúde
2019	4.494.867.751,7 9	467.089.752,06	10,39%
2020	4.976.516.169,5 3	816.183.975,92	16,40%
2021	5.840.890.339,3 6	1.109.031.395,0 5	18,99%
Varição 2019 - 2021	29,95%	137,43%	

Fonte: Portal da Transparência do GDF
Elaboração Própria

Outro ponto importante, que demonstra o processo de financeirização da saúde no DF, é a ligação da SES/DF com o setor privado de medicina diagnóstica no período da pandemia. Foi firmado um contrato entre a SES/DF e o Sabin Medicina Diagnóstica, fundamentado na lei federal N° 13.979/2020 - (Lei do Covid), contrato 068/2020, sendo o número do processo 00060- 00124295/2020- 47, tendo como objeto:

“Trata-se do Contrato n° 068/2020-SES/DF (38783381), firmado em 17/04/2020, entre o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e a empresa LABORATÓRIO SABIN DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA, cujo objeto consiste na contratação emergencial de laboratório especializado para diagnóstico laboratorial para a detecção de SARS COV 2 (COVID - 19) por metodologia molecular em para atender às demandas da Secretaria de Saúde - DF. Dispensa de Licitação n° 05/2020.”. (BRASÍLIA, 2021b)

A presente compra destinava-se a adesão de 18.000 testes para detectar o SARS COV 2, tendo como previsão o fornecimento de 100 testes por dia, por um período de 180 dias. (BRASÍLIA, 2021). O contrato tinha por valor R\$3.420.000,00. De forma amigável, como o documento do Termo de Rescisão ao contrato N° 068/2020-SES/DF

coloca, ele foi rescindido, não chegando a se materializar por meio do orçamento, não existindo no portal da transparência do D, valores pagos à respectiva empresa.

Mesmo que não tenha existido a concretização do repasse, houve a objetividade da utilização do serviço com uma empresa que diante do empobrecimento da classe trabalhadora, lucrou infinitamente no período da pandemia, tendo um crescimento em sua receita bruta de 28,49%, como está descrito em seu relatório de sustentabilidade de 2021. (SABIN, 2021) Segundo uma reportagem da revista Valor Econômico²⁷²⁸ publicada em maio de 2022, o Sabin chegou à receita bruta na casa dos bilhões, sendo de 1,2bi, enquanto a classe trabalhadora perdia poder de compra e consumo.

Em faces da financeirização no campo da saúde, em 2020, o grupo Sabin Medicina Diagnostica, anunciou um aporte de 12% na ProntMed, segundo o LabNetwork “o Grupo Sabin Medicina Diagnóstica anuncia aporte de 12% na ProntMed, health tech que oferece soluções para gestão de saúde e integra consultórios, hospitais, laboratórios e operadoras/seguradoras.” Outro ponto colocado pelo site, é que o Sabin, como “um dos maiores players nacionais do segmento, a empresa está há três anos investindo continuamente na participação de capital e incubação de health techs.” Além disso, a empresa “fez aporte de um milhão de dólares na Qure, venture capital e incubadora israelense, líder mundial em saúde digital, que pertence ao fundo de investimento israelense OurCrowd”.

Segundo o site InvestNews, o grupo Sabin com o grupo Fleury, criaram um fundo de investimento em startups, nomeado como Kortex Ventures no qual teve um aporte de R\$200mi em recursos. O interesse da criação desse fundo é para que se possa investir em tecnologia no setor da saúde, porém segundo a reportagem, outros setores que não pertençam a saúde, podem ser investidores também, com tanto que apresente a mesma concordância. Segundo o site MedicinaS/A²⁹:

O Kortex é um Corporate Venture Capital (CVC) com atuação e gestão independentes. O fundo foi formado a partir do investimento conjunto de R \$ 200 milhões do Grupo Fleury e Grupo Sabin. Diferentemente de um Venture Capital puro, o CVC vai além do conceito “smart money” e se posiciona como um fundo de “strategic money”, ou capital estratégico. Isto significa que o Kortex Ventures pretende investir em healthtechs que tenham sinergias com os negócios de ambas as

²⁷ <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2022/05/03/sabin-investe-r-100-milhoes-em-expansao.ghtml>
Acesso em 13/10/2022

²⁹ <https://medicinasas.com.br/kortex/> Acesso em 13/10/2022

companhias, ajudando as empresas não apenas financeiramente como também oferecendo acesso à expertise e estrutura operacional do Fleury e Sabin.

A relação da tecnologia com a financeirização do capital também é algo importante nesse processo de acumulação de riqueza. Como vimos, no planejamento estratégico do DF de 2019-2060, a tecnologia é colocada como um dos principais aportes para que se alcance os objetivos descritos no plano, mas o Estado não foi o único a utilizar do planejamento estratégico, na fala da Presidente Executiva do grupo Sabin, Lídia Abdalla, informa que “Esse novo investimento integra um dos nossos pilares do planejamento estratégico que é ampliar a jornada e experiência do cliente por meio da transformação digital” (MEDICINASA, 2020).

Ratificando esse movimento tecnológico, a Fiocruz³⁰ em reportagem tratando sobre a financeirização do capital e as políticas sociais, traz que a revolução industrial em seu quarto momento é marcado por uma transformação tecnológica profunda, que na saúde implica na concentração de riqueza por grupos que dominam esse setor ou em fusões para poder tentar concentrar essa riqueza.

Podemos concluir, entendendo que a financeirização do capital é cruel para os direitos sociais, não há nada que não possa ser negociado no mercado financeiro a fins de aumentar a lucratividade da burguesia rentista. A participação do Estado capitalista no DF, a partir tanto do planejamento estatal, quanto do financiamento da política de saúde, é um entrave para alcançarmos o acesso aos direitos sociais. O GDF é um representante claro da burguesia que se utiliza dos seus mecanismos, incluindo do planejamento, do fundo público e posteriormente do orçamento para atender as diversas demandas do capital.

Sob o respaldo do capitalismo financeiro, da neoliberalização, esse Estado cria e recria mecanismos para desfinanciar as políticas sociais, os exemplos são inúmeros desde a União até o GDF: emendas constitucionais, uma atrás da outra, desvinculação de recursos, ajuste fiscal permanente, privatizações de setores como a saúde, retomando cenários ultrapassados, mas que repaginados servem para alcançar os objetivos do capital.

O GDF diante da análise que realizamos nessa pesquisa, entra como representante explícito do capital, especialmente nos últimos dois governos, apresentando várias investidas contra a política de saúde. O orçamento destinado apresenta reduções, e mais que isso, cedeu-se espaço ao setor privado, nos recordando de um passado dramático para

³⁰ <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/financeirizacao-muda-face-das-empresas-de-saude-e-das-politicas-sociais> Acesso em 13/10/2022

a saúde da classe trabalhadora. As tomadas de decisões, realizadas no planalto central, recaem no DF e o DF reflete em suas escolhas governamentais o cenário posto no Brasil. São tempos difíceis na garantia de direitos, mas a luta permanece para a manutenção das políticas sociais.

Conclusão

A política de saúde no Brasil é a maior política pública que já foi implementada. Pensada para poder reduzir as desigualdades sociais, se concretizou como um direito de cidadania, que deu a classe trabalhadora a possibilidade de acessar a saúde de forma universal, gratuita e equânime. A importância dessa política, não se dá apenas no que corresponde ao âmbito do processo saúde-doença, ela reflete diretamente no meio socioeconômico, ambiental e político.

Historicamente, podemos observar a interação do setor público com o setor privado na área da saúde. As décadas posteriores não apresentaram qualquer mudança efetiva nesse sentido, conformando uma saúde pública sempre atrelada ao setor privado, sendo que essa ligação foi intensificada a partir de 1964 com o golpe civil-militar, se mantendo mesmo após a redemocratização do Brasil e a CF/88.

Essa interação encontrou uma possibilidade constitucional para a sua manutenção, por meio da participação complementar e suplementar do setor privado ao SUS. Ao mesmo tempo, em que o Estado Brasileiro ampliava os direitos sociais para a classe trabalhadora, a incidência neoliberal e o aprofundamento da financeirização do capital no interior do setor público, contribuíram e buscaram cada vez mais a incorporação da saúde privada ao longo das últimas três décadas, por meio da terceirização dos serviços, como exames e leitos de unidade de tratamento intensivo, e/ou, por meio dar OSS.

O financiamento da política de saúde, imerso a esse contexto, sempre encontrou entraves para que pudesse alcançar o que está preconizado pelo SUS. Com o acirramento da luta de classes, o fundo público se tornou um espaço de profunda disputa, caracterizado pelo atendimento das demandas do capital e da classe trabalhadora, essa por sua vez, que com o fortalecimento do neoliberalismo e da financeirização do capital vem perdendo espaço nas destinações orçamentárias do estado.

Para as políticas sociais que apresentam a obrigatoriedade de percentual mínimo de aplicação e recursos vinculados, o direito social ainda era possível de se concretizar por meio das ações e serviços previstos. Contudo, com as incessantes investidas do capital dentro do setor público, políticas como a da saúde, começaram a ser desestruturadas a partir de movimentos que acarretaram a redução dos gastos sociais e que culminaram na falta de acesso da população ao SUS.

Observamos ao longo da exposição dessa pesquisa, que discutir o financiamento da política de saúde, é trazer a todo momento o modelo de SUS, que não preconiza apenas a assistência ao processo saúde-doença, mas a atenção integral à saúde da classe

trabalhadora. Observamos que os impasses no financiamento, não ocorreram apenas pela ausência de recursos, mas por todo discurso criado antes sequer de se ter recurso, constatado especialmente por meio do planejamento estatal. O GDF por meio do planejamento se demonstrou um agente importante e central na lógica de reprodução do capital, fazendo com que o capital não perdesse recursos, pelo contrário, mesmo em cenários sanitários críticos, como o da pandemia Covid 19, o GDF garantiu que o setor privado lucrasse ainda mais.

Em um cenário nacional, o comportamento do Estado diante do acirramento da luta de classes foi de cumprir a agenda da burguesia neoliberal. Sendo responsável por abrir espaço a partir de cortes de gastos públicos com a classe trabalhadora, para garantir os lucros para o grande capital. A materialização desse processo pode ser vista por meio da EC 95/2016, da reforma da previdência e a reforma trabalhista.

A crise estrutural do capital, especialmente a partir de 2008, teve como cenário um período de queda da taxa de lucro, políticas mais restritivas, o crescimento do capital fictício, que encontrou como base para a sua expansão o setor bancário, o mercado de ações e no caso da saúde, a princípio os seguros de saúde. Essa financeirização do capital se deu em todos os setores da vida da classe trabalhadora, não ocorrendo apenas no âmbito econômico. Isso significou que o capital financeiro assumiu nas relações sociais e econômicas a centralidade.

Para a saúde no DF, o que concluímos a partir da presente pesquisa é os recursos públicos, provenientes do fundo público, foram transferidos ao setor privado, tanto por meio da saúde complementar e suplementar, como também por meio do IGES/DF, realizando um movimento que culmina na expansão do capital, sendo esse orçamento um capital, com valor de uso e de troca para o setor financeiro.

Podemos observar, em todo o período analisado, que os governos seguiram à risca as recomendações neoliberais. Mas precisamos também os diferenciar, algo que a própria análise nos demonstra, tanto no quesito do planejamento como do orçamento. O Governo Arruda (2007-2010), não só seguiu as tendências neoliberais, como indicou dentro do período analisado a financeirização da política de saúde. O “desplanejamento” que seu governo conturbado apresentou refletiu diretamente no orçamento direcionado a política de saúde no período.

O Governo Agnelo, por sua vez, reorganizou por meio do planejamento a política de saúde no DF, não tendo um planejamento esvaziado como observamos no Governo Arruda (2007-2010) e no Governo Rollemberg (2015-2018). Um governo com

características mais progressistas faz a diferença para a garantia do direito, por mais que isso não signifique termos uma saúde pública que garantisse a totalidade do direito, mas que nesse período podemos perceber que comparado aos demais governos compactuados claramente com as demandas neoliberais e de financeirização do capital, a realidade orçamentaria e de planejamento foram instrumentos utilizados para garantir o direito a política de saúde.

O período de 2015 a 2018, para a saúde no DF foi o mais complexo em questões de recursos, que posteriormente refletiram nas ofertas das ações e serviços. Nesse período temos evidências claras, nem um pouco subjetivas, sobre o caráter neoliberal e de prevalência dos interesses do capital. Além do ajuste fiscal, da EC95/2016, mecanismos que contribuem para a financeirização do capital e fazem parte das premissas neoliberais, nós temos a compatibilidade e a vontade do GDF de realizar esse processo. Um planejamento esvaziado, com caráter dúbio, que apresenta algo que em tese indica uma coisa, mas que nas entrelinhas diz outra, abrindo caminhos para o capital ampliar o seu espaço dentro do fundo público.

O Governo Ibaneis (2019-2022), por sua vez, é a continuidade do governo anterior nas primícias neoliberais e de financeirização do capital, com a diferença que há um investimento mais massivo no planejamento. O uso dele aqui é bem presente e de certa ousadia. Ousadia essa, que se expressa na temporalidade em que se pretende atuar, demonstrando que o projeto neoliberal não é para ser apenas um plano de determinado governo, mas sim que ele está presente com veemência nas pretensões atuais e futuras do estado. O planejamento construído por esse governo, também é compatível com o setor privado, pois utiliza a mesma metodologia, os mesmos termos e a mesma logística para a atuação no setor público. Para além, optou por dar continuidade na parceria público/privado na política de saúde, sendo que não apenas manteu, como também ampliou o campo de atuação.

Referências

BRASIL. [Constituição 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASÍLIA. Avaliação Anual do Plano Plurianual 2008-2011 - 1ª Etapa. Análise do Cenário Macroeconômico do Distrito Federal. 2009, DF. Disponível em https://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/2009-An%C3%A1lise-do-Cen%C3%A1rio-Macroecon%C3%B4mico-do-DF-Ano-Base-2009-1%C2%AA-Etapa_compressed.pdf acesso em 16/04/2022.

_____. Avaliação Anual do Plano Plurianual 2008-2011 - 1ª Etapa. Análise do Cenário Macroeconômico do Distrito Federal. 2010, DF. Disponível em https://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/2010-An%C3%A1lise-do-Cen%C3%A1rio-Macroecon%C3%B4mico-do-DF-Ano-Base-2010-1%C2%AA-Etapa_compressed.pdf acesso em 16/04/2022.

_____. Avaliação Anual do Plano Plurianual 2008-2011 - 1ª Etapa. Análise do Cenário Macroeconômico do Distrito Federal. 2011, DF. Disponível em https://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/2011-Ana%CC%81lise-do-Cena%CC%81rio-Macroecono%CC%82mico-do-DF-Ano-Base-211-1%C2%AA-Etapa_compressed1.pdf acesso em 16/04/2022.

_____. AVALIAÇÃO DO PLANO PLURIANUAL 2012-2015. 2013. Disponível em https://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/Rel_Aval_-2aEtp_-2013-1.pdf acesso em 16/04/2022.

_____. Instruções para monitoramento e avaliação do Plano Plurianual - 2012/2015. 2015. Disponível em <https://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/Instru%C3%A7%C3%B5es-para-Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-PPA-2014.pdf> acesso em 17/04/2022.

_____. Disponível em <file:///C:/Users/maria/Downloads/DocumentoRecebidoCPIPANDEMIA1496Outros08072021175912089RECIBOCOD4556.pdf> Acesso em 13/10/2022

_____. Relatório Analítico sobre as contas do governo do Distrito Federal 2015. Tribunal de Contas do DF. 2015 Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/control-externo/contas-de-governo/> acesso em 23/10/2022.

_____. Relatório Analítico sobre as contas do governo do Distrito Federal 2016. Tribunal de Contas do DF. 2016 Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/control-externo/contas-de-governo/> acesso em 23/10/2022.

_____. Relatório Analítico sobre as contas do governo do Distrito Federal 2017. Tribunal de Contas do DF. 2017 Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/control-externo/contas-de-governo/> acesso em 23/10/2022.

_____. Relatório Analítico sobre as contas do governo do Distrito Federal 2018. Tribunal de Contas do DF. 2018 Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/control-externo/contas-de-governo/> acesso em 23/10/2022.

_____. Relatório Analítico sobre as contas do governo do Distrito Federal 2019. Tribunal de Contas do DF. 2019 Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/control-externo/contas-de-governo/> acesso em 23/10/2022.

_____. Relatório Analítico sobre as contas do governo do Distrito Federal 2020. Tribunal de Contas do DF. 2020 Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/control-externo/contas-de-governo/> acesso em 23/10/2022.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras Editora, 2015.

BRAVO, M.I; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BEHRING, Elaine. **Fundo Público: um debate estratégico e necessário**. *In*: XV ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS), 2016, Ribeirão Preto. Anais, ABEPSS, 2016.

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

BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. *In*: Conselho Federal de Serviço (CFESS) e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). **Serviço Social Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

_____. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

CARCANHOLO, Marcelo. A crise do capitalismo dependente brasileiro. *In*: MACÁRIO, E. et al. (org.). **Dimensões da crise brasileira: dependência, trabalho e fundo público**. Fortaleza: Ed. UECE, 2018.

CNS. Ministério da Saúde. **Saúde+10 reúne 1.200 pessoas na Esplanada dos Ministérios e 1 milhão 250 mil assinaturas para Projeto de Lei**. 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/04_abril_11_saude_10.html. Acesso em 01 set. 2020.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. *In*: CHESNAIS, François (Org.). **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise** (partes 1, 2 e 3). Esquerda online, 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/> Acesso em 30 nov. 2020.

_____. **Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT**. EM PAUTA, Rio de Janeiro: 2019 n. 43, v. 17, p. 60 – 73

FRIEDMANN, John. Dois séculos de teoria do planejamento: uma visão geral. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José. **Planejamento e orçamento governamental**. Volume 1. Brasília: Enap, 2006, p. 69-112.

GOUGH, Ian. **Economía política del Estado del bienestar**. Traducción: Gregorio Rodriguez Cabrero. Madrid: H. Blume Ediciones, 1978.

HARVEY, David. **As implicações do neoliberalismo**. 5 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

INVESTNEWS. <https://investnews.com.br/negocios/fleury-e-sabin-criam-fundo-de-r-200-milhoes-para-inovacao/> Acesso em 13/10/2022.

LABNETWORK. <https://www.labnetwork.com.br/noticias/grupo-sabin-anuncia-investimento-em-startup-e-movimenta-mercado-de-saude-brasileiro/> Acesso em 13/10/2022.

LÖWY, Michael. **Ecosocialismo e planejamento democrático**. Crítica Marxista, no 28, 1ª edição 2009.

LUPATINI, Márcio. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, Evilasio *et al* (org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

MARX, Karl. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Edipro. 3ª ed. 2015

MELLO, Guilherme Santos. **Plano apresentado por Paulo Guedes é um ‘AI-5 econômico’, define professor**. Rede Brasil Atual. 2019. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/blogs/blog-na-rede/2019/11/plano-apresentado-por-paulo-guedes-e-um-ai-5-economico-define-professor/>. Acesso em 01 set. 2020.

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

MENDES, Àquilas. MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde**. 2012.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2011

MEDICINASA. <https://medicinasasa.com.br/kortex/> Acesso em 13/10/2022

MISOCZKY, Maria Ceci Araujo; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio; DAMBORIARENA, Luiza Araujo. **A trajetória ininterrupta da reforma do aparelho de Estado no Brasil: Continuidades nos marcos do neoliberalismo e do gerencialismo.** *Administração Pública e Gestão Social*, 9(3), p. 184-193, 2017.

OSORIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização.** São Paulo: Outras Expressões, 2014.

PAIVA, Andréa et al. **O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil.** Brasília: IPEA, setembro de 2016. Nota técnica no. 27.

PIOLA, Sérgio et al. **Financiamento Público da Saúde: Uma História à procura de Rumo.** Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

PIOLA, Sérgio; VIANNA, Solon. Rompendo com as amarras no financiamento da política de saúde. In: VAZ, F.; MUSSE, J. SANTOS, R. **20 anos de Constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social.** Brasília: ANFIP, 2008, p. 233-40.

OSORIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização.** São Paulo: Outras Expressões, 2014.

SABIN. **Relatório de Sustentabilidade 2021.**

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: POCHMANN, M. CASTRO, J. Brasil (Orgs.). **Brasil: Estado social contra a barbárie.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020, p. 367-388.

_____. **Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais no Brasil.** *Serviço Social em Revista*, v. 14, p. 4-22, 2012.

_____. **Fundo público e seguridade social no Brasil.** – São Paulo: Cortez, 2010.

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

SESTELO et al. **A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial.** *Economia e Sociedade*, Campinas, Unicamp. IE 2017

SILVA, Maria Lucia Lopes da. A previdência social sob a mira e ingerências do capital financeiro nos últimos 30 anos e a tendência atual de capitalização. In: SILVA, MLL da. org. **A contrarreforma da previdência social no Brasil.** São Paulo: Papel social, 2021.

SILVA, Giselle Souza da Silva. Transferências de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: Salvador, Evilasio *et al* (orgs.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social.** São Paulo: Cortez, 2012.

SOCORRO, Maria do Perpétuo. **Determinantes da baixa valorização da atenção primária no Sistema Único de Saúde**. Orientadora: Ivanete Salette Boschetti. 2013. 440 f. Tese (Doutorado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. DOI Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14776>. Acesso em 01 set. 2021.

VIEIRA, Fabiola; BENEVIDES, Rodrigo. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, setembro de 2016. Nota técnica no. 28. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30129-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2020> Acesso em 17 ago. 2021.

VALOR GLOBO. Disponível em <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2022/05/03/sabin-investe-r-100-milhoes-em-expansao.ghtml> Acesso em 13/10/2022