

# O orçamento da saúde pública no Distrito Federal em 2011: análise sobre o direito à atenção primária em saúde

*Budget public health in federal district in 2011: analysis on the right to primary health care*

*El presupuesto de la salud pública en el distrito federal en el año 2011: análisis sobre el derecho a la atención primaria em salud*

Grazielle Custódio David<sup>1</sup>  
Jarbas Ricardo Almeida Cunha<sup>2</sup>

Palavras-chave: atenção primária à saúde, execução orçamentária, direito à saúde.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é verificar a execução orçamentária do fundo de saúde do Distrito Federal (DF) de 2011, especificamente do programa de estratégia de saúde da família (ESF), marco da atenção primária. Mesmo sendo a cobertura assistencial do DF a pior do Brasil, foi observado que apenas 21,85% do orçamento foi executado, ostentando, dessa forma, um dos piores índices de desempenho do SUS. Discutiremos juridicamente sobre vinculação do orçamento e motivação da inexecução orçamentária, que levaram ao entendimento da necessidade da incorporação imediata da motivação nos relatórios de gestão para aprimorar a transparência pública, o controle social e a garantia dos direitos sociais, como a saúde.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás. Especialista em Direito Sanitário pela Fiocruz/Brasília e Mestranda em Saúde Coletiva (UnB).

<sup>2</sup> Pesquisador colaborador do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz/Brasília. Especialista em Direito Sanitário pela Fiocruz/Brasília e Mestrando em Política Social (UnB).

## ABSTRACT

The objective of this research is to verify the performance of the health fund budget of the Federal District (DF) of 2011, specifically the program of family health strategy (FHS), the march primary. Even with the healthcare coverage DF be the worst of Brazil, it was observed that only 21.85% of the budget was implemented, boasting thus one of the worst performance of SUS. We discuss legally binding on the budget and motivation of nonperformance budget, which led to the understanding of the need for immediate incorporation of motivation in management reports to enhance public transparency, social control and the guarantee of social rights, such as health.

Keywords: primary health care, budget execution, right to health.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es verificar la ejecución presupuestaria del fondo de salud del Distrito Federal (DF) del año 2011, específicamente del programa de estrategia de salud de la familia (ESF) en el marco de la atención primaria. Aún siendo la cobertura asistencial del DF la peor del Brasil, fue observado que sólo el 21,85% del presupuesto fue ejecutado, teniendo, de esa forma, uno de los peores índices de desempeño del SUS. Discutiremos jurídicamente sobre la vinculación del presupuesto y motivo de la inejecución presupuestaria que llevó a entender sobre la necesidad de la incorporación inmediata de la motivación en los informes de gestión para optimizar la transparencia pública, el control social y la garantía de los derechos sociales como la salud.

Palabras llave: atención primaria de la salud, ejecución presupuestaria, derecho a la salud.

## INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde é recomendada desde 1978, quando ocorreu a elaboração da Declaração de Alma Ata, pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como base de uma estratégia de organização da atenção à saúde, pela oferta de cuidados essenciais de saúde, estando associada a melhores níveis sanitários<sup>1</sup>.

O art. 196 da Constituição Federal do Brasil postula que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]”. Tais políticas públicas são diretrizes de interesse público primário determinando programas de ação para os

governantes e indicando linhas de conduta para os governados, contando com a participação direta da sociedade civil no seu processo de elaboração e execução<sup>2</sup>.

Entre os instrumentos de planejamento dessas políticas públicas – especificamente a política pública de saúde - estão as leis orçamentárias: PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e LOA (Lei Orçamentária Anual); além dos decretos e portarias que regulamentam o SUS: PS (Plano de Saúde, quadrienal), PAS (Programação Anual de Saúde) e os relatórios RTPC (Relatório Trimestral de Prestação de Contas) e RAG (Relatório Anual de Gestão)<sup>3</sup>.

Após o planejamento ocorre a fase de execução orçamentária, onde o Poder Executivo decidirá se executará ou não o que foi previamente planejado em ação conjunta com a sociedade (através de audiências públicas). Observa-se que o ato de inexecução orçamentária é permitido hoje no Brasil, pois temos um orçamento que é autorizativo ao invés de vinculativo<sup>4</sup>. Mendonça<sup>5</sup> observa que apesar do orçamento ser autorizativo, o ato de não executar o que foi previamente planejado ou de realocar recursos financeiros de forma não motivada é contrário às bases constitucionais, especialmente quando se trata de restrição de direitos.

Diante disso, o presente estudo destina-se a avaliar a execução orçamentária da saúde no Distrito Federal em 2011, focando o programa Estratégia Saúde da Família (ESF), marco da atenção primária em saúde.

Este artigo está dividido em quatro itens. No primeiro, correspondente ao marco teórico,

abarcaremos orçamento público da saúde, execução e inexecução orçamentária, discussão jurídica sobre vinculação do orçamento e atenção primária em saúde – estratégia saúde da família. A metodologia desenvolvida no trabalho será explanada no segundo item, enquanto no terceiro abordaremos os resultados e discussão. Por fim, o quarto item diz respeito à conclusão do trabalho realizado.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Orçamento Público da Saúde**

O orçamento público é importante instrumento de planejamento e execução das finanças públicas. É um documento legal que contém a previsão de receitas e despesas de um governo em determinado exercício. Além disso, reflete a definição de como a renda apropriada pelo Estado, por meio da tributação, será distribuída entre os diferentes grupos da sociedade, sendo importante instrumento da política pública<sup>6</sup>.

Dessa forma, o orçamento não se resume a uma natureza estritamente técnico-formal, apresentando-se, principalmente, como um instrumento político de norteamto que deve orientar as negociações sobre quotas orçamentárias, atingindo a sociedade no tocante ao financiamento do Estado e refletindo como um instrumento de controle e direcionamento de gastos<sup>7</sup>. Portanto, conforme Salvador<sup>8</sup> “os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas”.

Os instrumentos básicos do planejamento do ciclo orçamentário brasileiro são: a Constituição Federal (CF), a Lei Complementar

nº 101/00 (Lei de Responsabilidade Fiscal), Lei Federal nº 4.320/64 (disciplina o orçamento e a contabilidade pública), PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), LOA (Lei Orçamentária Anual) e os relatórios de RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária, bimestral) e RGF (Relatório de Gestão Fiscal, quadrimestral).

No Distrito Federal, de acordo com o sítio eletrônico do orçamento cidadão do governo do DF<sup>9</sup> (2012), o PPA é elaborado pelo Governador como projeto de lei (PL) e remetido à Câmara Legislativa. Na Câmara Legislativa os deputados distritais devem apreciar, discutir e votar o projeto de lei. Terminada essa etapa, o projeto aprovado retorna ao Governador, que deve sancioná-lo e publicá-lo, para que comece a vigorar. Durante as etapas do plano plurianual devem ser realizadas audiências públicas, que são oportunidades para que a população apresente as suas demandas e participe da definição de prioridades sobre o que o governo deve realizar nos quatro anos seguintes. Já a LDO do DF é elaborada de acordo com a Lei Orgânica do Distrito Federal e deve ser compatível com o PPA deste ente federado. A LOA do DF é elaborada pelo Governador e enviada para a Câmara Legislativa como Projeto de Lei Orçamentária Anual, contém a previsão das receitas e a fixação das despesas para o exercício financeiro seguinte. A LOA é uma lei dinâmica, ou seja, pode ser alterada durante o exercício financeiro. Tais alterações, chamadas de créditos adicionais, são necessárias para adequar as mudanças ocorridas ao longo do ano, e que nem sempre podem ser previstas. Os prazos de elaboração e aprovação das leis orçamentárias no DF e na União constam do quadro I:

### Quadro I – Prazos de elaboração e aprovação das leis orçamentárias do DF e da União

<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>PPA</b>	<b>LDO</b>	<b>LOA</b>
ENVIO À CÂMARA LEGISLATIVA	15 de março <sup>1</sup>	15 de abril	15 de agosto
RETORNO AO GOVERNADOR	17 de julho	17 de julho	22 de dezembro
VIGÊNCIA	4 anos	1 ano	1 ano
<b>UNIÃO</b>	<b>PPA</b>	<b>LDO</b>	<b>LOA</b>
ENVIO À CÂMARA LEGISLATIVA	31 de agosto	15 de abril	31 de agosto
RETORNO AO PRESIDENTE	31 de dezembro	15 de julho	31 dezembro
VIGÊNCIA	4 anos	1 ano	1 ano

Fonte: Elaborado pelos autores a partir da Lei Orgânica do Distrito Federal e do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). <sup>1</sup> Do primeiro ano do mandato.

Comparando os prazos para elaboração das leis orçamentárias da União e do DF é possível visualizar uma incompatibilidade de datas que não favorece uma ação articulada entre os entes federados, pois o PPA do DF deve ser entregue antes do PPA da União. Considerando estes prazos, visando garantir maior eficácia, para Sanches<sup>10</sup> é preciso: modificar a cronologia de elaboração e apreciação dos PPAs, LDOs e LOAs, de modo a restabelecer a ordem lógica prevista no texto constitucional.

De acordo com a Constituição Federal (CF), a saúde foi inserida no sistema híbrido da Seguridade Social brasileira, híbrido pois conjuga em seu núcleo essencial direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência), direitos seletivos (assistência) e direitos de caráter universal (saúde)<sup>11</sup>.

A CF<sup>12</sup> estabelece que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, que forma o Sistema Único de Saúde – SUS o qual tem por diretrizes a descentralização em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da

comunidade (art.198). O financiamento do SUS é realizado por meio dos recursos de todos os entes políticos e do orçamento da seguridade social (CF, art. 165, § 5º - III), elaborado de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social (CF, art. 195, § 2º); e contaria com recursos específicos abrangendo a folha de salários (patrão e empregado), a receita ou o faturamento das empresas e o lucro (CF, art. 195, I-V), além da receita de prognósticos (CF, art. 195, III) e da contribuição rural (CF, art. 195, § 8º).

A Lei nº 8.080<sup>13</sup>, de 19 de setembro de 1990, conhecida por LOS - Lei Orgânica da Saúde - regula as ações e serviços de saúde e a estrutura do SUS. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, sendo que as mesmas deverão ocorrer entre os fundos únicos de saúde da União, dos Estados e DF e dos Municípios.

A Lei Complementar nº 141<sup>14</sup>, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o § 3º do

art. 198 da Constituição Federal e a Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29/00) para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; sendo que o Município deverá aplicar no mínimo 15% da arrecadação dos impostos, os Estados deverão aplicar no mínimo, 12% e a União aplicará o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. O Distrito Federal aplicará simultaneamente os valores dos Estados, dos Municípios e mais 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Com a LOA aprovada, caracterizando o fim da etapa de planejamento do orçamento, inicia-se a segunda etapa do processo orçamentário: a etapa de execução orçamentária e financeira.

### **Execução e Inexecução Orçamentária**

A execução orçamentária acontece quando o Poder Executivo passa a distribuir e efetivar as despesas previstas no orçamento. Cabe, então, ao Executivo a decisão de gasto, podendo remanejar recursos ou simplesmente não liberar algumas das rubricas definidas na LOA<sup>6</sup>.

O modelo orçamentário brasileiro aponta para o tipo “autorizativo” - cabe ao Executivo definir as prioridades de quanto e como deverão ser gastos os recursos do Governo.

O outro modelo seria o “impositivo”, que tem nos Estados Unidos o maior exemplo de sua aplicação, cabendo ao Legislativo definir as prioridades<sup>4</sup>.

No modelo autorizativo brasileiro tem-se que as previsões de gasto não são obrigatórias apenas por terem sido previstas no orçamento<sup>5</sup>. O argumento para a utilização desse sistema seria a necessária característica de flexibilidade do Poder Executivo na execução orçamentária, evitando que dotações pudessem vir a ser exigidas judicialmente<sup>15</sup>.

Porém, o que vem a ser de fato esta flexibilidade do Executivo? Para Mendonça<sup>5</sup> é o poder de não gastar, uma vez que a Constituição no art.167 é efetiva em afirmar que o Executivo não pode alterar livremente o orçamento nem realizar despesas sem previsão orçamentária, restando apenas a alternativa de deixar de realizar as previsões de gastos. Se o governo conseguiu arrecadar o que havia projetado e mesmo assim deixa de realizar um investimento, uma parcela da receita pública fica em aberto. Tal entendimento é importante para que não ocorra a ilusão de que um administrador público bem intencionado pudesse simplesmente realocar o dinheiro público para atender a necessidades sociais sem seguir algum procedimento formal.

Em muitos casos, as transferências de verba de uma política para outra ocorrem, mas até nisso o orçamento autorizativo é contraproducente ao permitir como opção normal que as dotações não sejam executadas, abrindo a possibilidade para o Executivo postergar indefinidamente o emprego de recursos até que surja uma boa oportunidade política - que atenda seus próprios interesses - para modificar seu

emprego<sup>16</sup>. Geralmente, há duas possibilidades: 1) os recursos não utilizados serão convertidos em outras dotações, normalmente ao final do exercício financeiro, possivelmente para financiar o aumento em despesas de custeio ou para amortizar a dívida pública; 2) o saldo não é empregado, compondo, desta forma, o superávit primário<sup>5,8</sup>.

Sabbag<sup>17</sup> pontua que ao longo da execução orçamentária outros problemas são observados, com relativa facilidade e sob a invocação de metas fiscais, os executores da lei orçamentária alteram fluxos financeiros da noite para o dia, ocasionando cortes nos investimentos, anulação de programas, paralisação de serviços e obras importantes. Não são incomuns orçamentos realizados pela metade ou execução que sai do papel nos últimos dois meses do exercício financeiro, dificultando sua realização pelos órgãos responsáveis. Todos estes elementos importantes conduzem à discussão sobre possível vinculação do orçamento.

### **Discussão jurídica sobre vinculação do orçamento**

Pelo que já foi elucidado sobre inexecução orçamentária, quando o Poder Executivo decide não gastar naquilo que fora legal e supostamente planejado de forma democrática fere a legitimidade da execução de políticas públicas no Brasil, o que é importante salientar, uma vez que a Constituição imprimiu um processo deliberativo complexo para a definição das prioridades de investimento e não deve ser aceito como normal, pela sociedade civil, o seu esvaziamento.

Também se observa que o modelo orçamentário vigente não facilita o controle de

eventuais desvios de verba, prejudicando um potencial controle social, pois caso as previsões de gasto fossem tratadas como prioridade juspolítica, as atividades correspondentes teriam de ser efetivadas ou o não cumprimento dessa obrigação teria de ser justificada, evidenciando a relevância da fiscalização da sociedade sobre o fundo público, o que não ocorre<sup>5</sup>.

A lei orçamentária constitui-se de dois elementos: a receita e a despesa. A receita é constituída basicamente dos tributos arrecadados pelo Estado. Sobre ela existe bastante atenção, tanto dos contribuintes quanto dos juristas, pela facilidade de percepção de como os tributos afetam a vida e bolsos da população<sup>4,5</sup>. Desta forma, as Constituições costumam prever limitações ao poder de tributar. A Constituição Federal de 1988 exige que a instituição das exigências ocorra por lei formal (art. 150, inc. I); seja proporcional à capacidade contributiva (art. 145, §1º); não represente confisco (art.150, inc. IV); e que o contribuinte não seja surpreendido por uma nova exação (art. 150, inc. III).

Por outro lado, a despesa parece ter ficado relegada à margem, através da combinação de mecanismos ineficazes de controle jurídico da aplicação dos recursos - puramente formais - e a inexistência de controle político-eleitoral efetivo<sup>5</sup>. Para Barcelos<sup>18</sup> seria contraditório a regulação constitucional excessiva em torno da receita em contraposição a uma considerável flexibilidade em relação à despesa.

Do ponto de vista formal, as despesas públicas deverão estar previstas no orçamento, nos termos constitucionais e legais. Porém, o que deve constar no orçamento? Certamente

o conteúdo das despesas deve-se vincular juridicamente às prioridades eleitas pelo constituinte originário. A alocação dos recursos públicos dirá quanto cada grupo receberá do Estado, quais necessidades serão atendidas e em qual extensão, motivo pelo qual todos os segmentos devem participar do processo de decisão evidenciando a importância da deliberação participativa em oposição à decisão concentrada do Executivo, sobretudo quando imotivada<sup>19</sup>.

Essa situação impacta, sobremaneira, na execução das políticas públicas, como, por exemplo, na atenção primária em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família.

#### **Atenção primária em saúde - Estratégia Saúde da Família**

Define-se, de forma geral, a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma plataforma de organização da atenção à saúde direcionada para responder de forma a) regionalizada, respeitando as idiosincrasias de determinado local; b) contínua, evidenciando uma política de Estado e não somente de Governo; e c) sistematizada, consentânea com os princípios e diretrizes de um sistema sanitário, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS). A APS atua na maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades<sup>20</sup>.

Essas características foram formuladas pela primeira vez pelo “Relatório Dawson”, em 1920, sendo artífice do Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) de 1948 e que influenciou vários sistemas de saúde pelo mundo, inclusive foi tema de pauta da nossa

III Conferência Nacional de Saúde já em 1963. Este relatório forneceu um contraponto ao liberalismo estadunidense do “Relatório Flexner”, formulado em 1911 e baseado no reducionismo e no individualismo da atenção à saúde<sup>21</sup>.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, onde catalogaram a atenção primária como doutrina e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS<sup>1</sup>.

Com o desenvolvimento da consolidação da atenção primária, Starfield<sup>21</sup> demonstrou que os sistemas de saúde orientados por esta ótica estão associados a melhores resultados com custos menores, maior nível de satisfação da população, avançados índices de saúde e menor uso de medicamentos. Tal estudo mostrou a superioridade dos sistemas de saúde orientados pela atenção primária.

AAPS tornou-se uma referência fundamental para os países que objetivavam construir sistemas de saúde com um direcionamento humanista e universal<sup>20</sup>. No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária conseguiu que a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 viabilizassem a reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde, sendo conhecida como PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.

Atualmente, a principal estratégia de

configuração da ABS no Brasil é o programa “Saúde da Família”. A Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde<sup>22</sup> foi a última aprovada sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Nela consta que a ESF - Estratégia de Saúde da Família - visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

De acordo com a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde<sup>22</sup>, a ESF deve contar com uma equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas.

No Brasil, a acentuada desigualdade social, estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a AB do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema

em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos<sup>23</sup>.

Do ponto de vista público, é possível notar uma pretensa homogeneidade conceitual e ideológica, responsável por inibir as possibilidades de variação nos arranjos assistenciais do PSF, tão necessárias às singularidades locais de um país continental. Do ponto de vista privado, omitem qualquer consideração ao sistema suplementar, deixando-o mais uma vez livre para falar de si próprio<sup>24</sup>. Essa exclusão do sistema suplementar do debate da AP deve ser pensada sob pelo menos dois pontos de vista. Primeiro, se colaboraria para restringir o universo crítico das políticas de saúde àquelas pessoas já previamente sensibilizadas, reforçando a alienação da classe média formadora de opinião neste campo. Segundo, contribuindo de forma indireta no processo da “cidadania regulada” originária nas políticas de saúde varguistas, quando as pessoas dependentes da saúde pública foram induzidas a se verem como cidadãos de segunda ordem em relação aos usuários da assistência médica previdenciária<sup>25</sup>.

No Brasil, a média é de 64,06% de cobertura da população pelos ACS e 53,41% de cobertura pelas equipes da ESF. No Distrito Federal apenas 22,22% da população tem cobertura pelos ACS e somente 14,77% tem cobertura das equipes da ESF, sendo o pior índice de cobertura do Brasil<sup>26</sup>.

A pesquisa que se realizou, foi no sentido de fazer um estudo comparativo entre o orçamento

da saúde do Distrito Federal no que se refere aos valores investidos na política pública Estratégia Saúde da Família e compará-los com os indicadores da política a fim de obter resultados concretos sobre a cobertura e a efetividade da política no Distrito Federal.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-analítica em base de dados secundários.

Foi realizado um levantamento dos dados do orçamento público da saúde no Distrito Federal do ano de 2011, disponível no sítio da Secretária de Estado de Planejamento e Orçamento do Governo do Distrito Federal (<http://www.seplan.df.gov.br>), selecionando seguidamente os links: planejamento e orçamento – orçamento GDF – relatórios de execução orçamentária – 2011: Fiscal e Seguridade Social (<http://www.seplan.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/orcamento-gdf/221-2011-fiscal-e-seguridade-fs.html>), em que estão localizados os relatórios mensais de execução orçamentária da seguridade social

de 2011 do GDF. Buscou-se pelos dados dos programas relacionados à atenção primária: “ações estratégicas em saúde da família” e “funcionamento do projeto de expansão e consolidação da saúde da família”. Neste relatório foi possível identificar as informações sobre os programas: valor previsto na LOA, valor alterado, valor contingenciado, valor bloqueado, despesa autorizada, valor empenhado, valor disponível e valor liquidado.

No sítio do Orçamento Cidadão do GDF (<http://www.orcamentocidadao.df.gov.br/>) foram levantados os valores previstos do orçamento da saúde do Distrito Federal no PPA (2008-2011), na LDO (2011) e na LOA (2011).

Os dados, coletados em agosto e setembro de 2012, foram transportados para planilhas eletrônicas, possibilitando as análises.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta os dados referentes à execução do orçamento do Fundo de Saúde do Distrito Federal de 2011.

**Tabela 1:** Execução do orçamento do Fundo de Saúde do Distrito Federal de 2011

FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - 2011						
PROGRAMA	LOA 2011 (R\$)	Alteração da LOA	Autorizado(A)	Empenhado(E)	Diferença A/E	% investido
Ações Estratégicas de Saúde da Família (ESF)	48.881.477,00	62.322.331,00	111.203.808,00	24.304.262,20	86.899.545,80	21,85
Projeto de Expansão da Saúde da Família	98.000,00	0	98.000,00	10.920,00	87.080,00	21,85

**Fonte:** Elaborada pelos autores de acordo com dados do Orçamento Cidadão (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2012).

Observa-se a previsão orçamentária da LOA 2011 para os programas “Ações Estratégicas de Saúde da Família” e “Projeto de Expansão da Saúde da Família”, o crédito adicional recebido pelo programa ESF, o valor que o Governo do Distrito Federal (GDF) de fato empenhou nos programas, o valor em reais da diferença entre o valor autorizado pela LOA e

o valor empenhado e, por fim, a porcentagem de investimento. Do total autorizado para ambos os programas apenas 21,85% do valor foi executado. Isso significa que 78,15% do valor previsto para ambos os programas na LOA 2011, totalizando R\$= 86.986.625,80 e que contou com a participação da população, do Legislativo e do próprio Executivo em sua

**Tabela 2:** Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Saúde da Família.

Região	UF	Estado	População	Agentes Comunitários de Saúde Proporção de cobertura populacional estimada	Equipe de Saúde da Família Proporção de cobertura populacional estimada
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	2.570.160	22,22	14,77
	GO	GOIÁS	6.003.788	68,74	61,79
	MT	MATO GROSSO	3.035.122	75,90	63,26
	MS	MATO GROSSO DO SUL	2.449.024	93,10	60,04
	Qtde de Estados	4	14.058.094	66,02	53,20
NORDESTE	AL	ALAGOAS	3.120.494	76,89	72,30
	BA	BAHIA	14.016.906	84,43	61,91
	CE	CEARÁ	8.452.381	83,65	69,32
	MA	MARANHÃO	6.574.789	90,76	77,94
	PB	PARAÍBA	3.766.528	98,81	92,92
	PE	PERNAMBUCO	8.796.448	86,75	68,23
	PI	PIAUI	3.118.360	99,94	96,65
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	3.168.027	79,52	75,47
	SE	SERGIPE	2.068.017	94,30	81,41
Qtde de Estados	9	53.081.950	87,05	72,54	
NORTE	AC	ACRE	733.559	84,58	60,09
	AP	AMAPÁ	669.526	84,35	63,03
	AM	AMAZONAS	3.483.985	68,07	48,14
	PA	PARÁ	7.581.051	81,76	41,94
	RO	RONDÔNIA	1.562.409	83,94	58,05
	RR	RORAIMA	450.479	54,94	54,62
	TO	TOCANTINS	1.383.445	99,93	86,94
Qtde de Estados	7	15.864.454	80,03	50,90	
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	3.514.952	70,71	51,64
	MG	MINAS GERAIS	19.597.330	73,28	69,84
	RJ	RIO DE JANEIRO	15.989.929	45,10	39,45
	SP	SÃO PAULO	41.262.199	35,25	28,72
Qtde de Estados	4	80.364.410	48,04	41,88	
SUL	PR	PARANÁ	10.444.526	60,04	56,09
	RS	RIO GRANDE DO SUL	10.693.929	40,49	36,50
	SC	SANTA CATARINA	6.248.436	76,76	70,46
Qtde de Estados	3	27.386.891	56,22	51,72	
Total Geral		27	190.755.799	64,06	53,41

**Fonte:** Elaborada pela autora com base nos dados do MS/SAS/DAB e IBGE (BRASIL, 2012).

elaboração não foram executados.

Diante desta escolha sem motivação expressa em relatórios do GDF de investir apenas 21,85% do valor previsto na LOA em 2011 em atenção primária, cabe analisar como está sua situação no DF através dos dados sobre cobertura populacional em atenção primária e IDSUS (Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde).

A tabela 2 demonstra a proporção de cobertura populacional em atenção primária em todos os estados brasileiros.

Observa-se que a cobertura populacional do DF pela atenção primária, tanto pelos agentes comunitários de saúde quanto pelas equipes de saúde da família é a menor do Brasil. Neste cenário, torna-se inviável a reorganização do sistema de saúde, o que dificulta que no Distrito Federal o sistema seja mais preventivo ao invés de curativo; dificulta que as equipes de saúde sejam a porta de entrada do sistema, mantendo-se o modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico, encarecendo os procedimentos curativos ao invés de diminuir a sua necessidade. Estimula-se a doença e sua cura ao invés da promoção da saúde. Esse dado revela que o DF está no sentido contrário de todas as resoluções referentes ao melhor modelo de saúde coletiva.

Desta forma, cabe também fazer uma análise do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)<sup>27</sup>, uma vez que ele é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências, além de ser importante subsídio para a formulação e

execução de políticas públicas de saúde. Seus valores estão na tabela 3.

**Tabela 3:** Valores do Índice de Desenvolvimento do SUS em 2011

IDSUS – INDICE DE DESEMPENHO DO SUS - 2011			
Santa Catarina	6,29	Piauí	5,34
Paraná	6,23	Pernambuco	5,29
Rio Grande do Sul	5,9	Goiás	5,26
Minas Gerais	5,87	Maranhão	5,2
Espírito Santo	5,79	Ceará	5,14
Tocantins	5,78	Distrito Federal	5,09
São Paulo	5,77	Mato Grosso	5,08
Mato Grosso do Sul	5,64	Amapá	5,05
Roraima	5,62	Amazonas	5,03
Acre	5,44	Paraíba	5
Alagoas	5,43	Rio de Janeiro	4,58
Rio Grande do Norte	5,42	Rondônia	4,49
Bahia	5,39	Pará	4,17
Sergipe	5,36	Média nacional	5,47

**Fonte:** Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Observa-se que o Distrito Federal está entre os estados com pior IDSUS, estando inclusive abaixo da média nacional.

As constatações de que o DF tem a pior cobertura populacional em atenção primária e que tem um dos piores IDSUS do Brasil geram o questionamento do porquê o DF deixou de executar 78,15% do seu orçamento para atenção primária.

A não-execução integral da dotação orçamentária autorizada tem efeito semelhante ao contingenciamento de recursos. O contingenciamento é um instrumento que limita o empenho, a movimentação financeira e os

pagamentos de despesas discricionárias. Na prática, a liberação de recursos ocorre somente com o pagamento de juros e encargos de dívidas e com o cumprimento de metas econômicas<sup>28</sup>, o que significa uma subordinação dos gastos à lógica do mercado financeiro ao invés de priorizar os direitos sociais da população. Os valores ficam retidos no caixa único do Governo, contribuindo para reforçá-lo e alcançar a meta de superávit primário, ao mesmo tempo em que prejudicam o atendimento das demandas sociais em diferentes áreas<sup>8</sup>, inclusive na prestação dos serviços em saúde, prejudicando o direito constitucional à saúde da população.

Importante ressaltar que passados 24 anos da promulgação da Constituição, ainda não foi editada lei complementar prevista no art. 163, que deverá estabelecer a norma geral das finanças públicas no Brasil e também dispor sobre a dívida pública externa e interna, impossibilitando, desta forma, que hoje o Poder Legislativo possa apresentar emendas ao projeto de lei do orçamento anual (PLOA) que modifiquem despesas com o serviço da dívida<sup>8</sup>. Assim, ainda que nas audiências públicas que devem ocorrer ao longo do processo orçamentário a população solicitasse ao Legislativo a proposição de emendas para revisão dos valores pagos à dívida, isso não poderia ser feito. Mesmo que houvesse desejo popular de maior investimento em políticas públicas (como saúde) e menor investimento no pagamento da dívida, não seria possível sem a edição da referida lei complementar.

Cabe acrescentar que o jornal *Correio Braziliense*<sup>29</sup> publicou uma reportagem com o promotor do Ministério Público do Distrito Federal Jairo Bisol denunciando que dos R\$ 2,8 bilhões previstos para o orçamento da

saúde do DF em 2011, R\$ 545 milhões não foram gastos e o dinheiro foi aplicado em uma conta bancária do Governo do Distrito Federal (GDF) rendendo em investimentos financeiros R\$ 13 milhões de janeiro a junho de 2011. Diante disso, o promotor que investiga o caso pediu ao GDF um relatório detalhado de toda a movimentação financeira da Secretaria de Saúde.

Outro questionamento que os dados levantados geram é relacionado ao porquê deste ato administrativo de inexecução orçamentária não ser motivado, o que contraria a regra geral dos atos administrativos.

A doutrina e progressivamente a legislação têm reconhecido a importância da motivação dos atos administrativos, principalmente quando se trata de restrição a direitos<sup>5</sup>, como demonstra a Lei<sup>30</sup> n. 9.784/99, art. 50: “Os atos administrativos deverão ser motivados, com indicação dos fatos e fundamentos jurídicos, quando: I – neguem, limitem ou afetem direitos ou interesses [...]”.

A motivação serve para que o administrador demonstre que a sua conduta guarda relação com a realidade fática e está inserida no espaço de liberdade deixado pela ordem jurídica<sup>31</sup>. A motivação também é importante para estimular a crítica política e social. Mesmo que nenhuma forma de vinculação orçamentária adicional seja estabelecida, o dever de indicar os motivos seria capaz de despertar a opinião pública<sup>5</sup>.

Mesmo quando a decisão de transferir uma verba pública de um programa previsto no orçamento para outro de interesse do Executivo ocorre pelas vias regulares, ela deveria ser motivada; afinal, uma atividade

tida como importante durante todo o processo de elaboração do orçamento, que contou inclusive com participação social nas diversas audiências públicas, estará sendo superada por conveniência política e seria razoável que os motivos fossem indicados<sup>5</sup>.

A CF/88<sup>12</sup> no art. 165, § 3º postula que “O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento em cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária”. Mendonça<sup>5</sup> defende que essa previsão constitucional, por si só, já poderia ser tomada como fundamento bastante para se exigir a motivação das decisões administrativas que neguem execução às previsões orçamentárias, não apenas pela demonstração de cifras, mas com destaque e justificativa dos descumprimentos do plano inicial da lei orçamentária anual. Pinto<sup>32</sup> reforça que se essas despesas foram aprovadas como parte do plano de ação governamental para o exercício financeiro em que a lei de orçamento deveria vigorar, elas não poderiam ser afastadas sem suficiente motivação.

## CONCLUSÃO

Os dados do estudo revelam que a cobertura da atenção primária em saúde do Distrito Federal é a pior do Brasil, além de possuir um dos piores Índices de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Tais resultados revelam a necessidade do Governo Distrital repensar a forma como a saúde no DF foi e está sendo estruturada, nas escolhas de investimentos que estão sendo realizadas e na forma de executar o orçamento. É ainda importante ressaltar que o presente estudo não é uma crítica ao atual governo, mas uma constatação do descaso com a atenção primária no DF nos últimos anos,

uma vez que a péssima cobertura assistencial não é construída ou desconstruída em um único governo. É necessário que o DF de fato reorganize sua saúde tendo a atenção primária como elemento estruturante, garantindo não apenas a destinação, mas também a execução do orçamento da mesma de forma a melhorar a assistência em saúde deste ente federativo.

É importante que mais estudos de análise da execução orçamentária da saúde sejam executados em todos os níveis, além do distrital: estadual, municipal e federal, para que se conheça melhor a forma como o orçamento está sendo executado e de que forma isso interfere na qualidade da assistência à saúde prestada à população. Além disso, é essencial que a discussão sobre a motivação da inexecução orçamentária seja levada para a sociedade para que a motivação seja incorporada nos relatórios de gestão, facilitando o controle social, a prestação de serviços e a garantia de direitos à população.

## REFERÊNCIAS

1. OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.
2. Bucci MPD. Direito Administrativo e Políticas Públicas. São Paulo: Saraiva, 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiro de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Giacomoni J. Orçamento Público. São Paulo: Atlas, 2009.

5. Mendonça E. Da faculdade de gastar ao dever de agir: o esvaziamento contramajoritário de políticas públicas. IN: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2010.

6. Baptista TWF et. al. O orçamento federal e as emendas parlamentares da saúde no PPA 2004-2007: uma discussão a partir das regras institucionais. IN: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco. Políticas públicas e financiamento federal do sistema único de saúde. Brasília: IPEA, 2011.

7. Oliveira F. Economia e política das finanças públicas: uma abordagem crítica da teórica convencional, à luz da economia brasileira. Belo Horizonte, UFMG, 2001.

8. Salvador ES. Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Universidade de Brasília: Tese de Doutorado em Política Social, 2008.

9. Governo do Distrito Federal. Portal do orçamento cidadão. Brasília, 2012. Disponível na Internet na URL: <http://www.orcamentocidadao.df.gov.br/> Acesso em: 28 de setembro de 2012.

10. Sanches O. Alguns dos imperativos da reforma orçamentária. Boletim de Desenvolvimento Fiscal. Rio de Janeiro: Diretoria de Estudos Regionais e Urbanos, IPEA, 2007.

11. Boschetti I. Seguridade Social no Brasil: Conquistas e Limites à sua Efetivação. In:

Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 2012.

13. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília-DF, 19 de setembro de 1990.

14. Brasil. Diário Oficial da União. Lei Complementar nº 141/2012 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília-DF, 2012.

15. Torres RL. Tratado de direito constitucional financeiro e tributário – O orçamento. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

16. Schick A. The federal budget – politics, policy, process. Washington: The Brookings Institution, 2000.

17. Sabbag C. Orçamento e desenvolvimento – recurso público e dignidade humana: o desafio

das políticas públicas desenvolvimentistas. São Paulo: Millenium, 2007.

18. Barcelos AP. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais. Renovar, 2002.

19. Dutra O; Benevides MV. Orçamento Participativo e Socialismo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

20. Matta GC. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho Educação e Saúde, 2005 3(2):371-396.

21. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde, 2004.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

23. Merhy, EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Agir em Saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

24. A Verdict on Gatekeepers [editorial]. The New York Times, Nov. 15, 2001. Disponível em: <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9C06E6DC163BF936A25752C1A979C8B63>>. Acesso em: 08 set. 2012.

25. Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

26. Brasil. Ministério da Saúde/Secretária de atenção à saúde/ Departamento de atenção básica. Teto, credenciamento e

implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Brasília, 2011. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php) Acesso em: 03 de outubro de 2012.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Índice de Desenvolvimento do SUS em 2011. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1080](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080)> Acesso em: 10 de setembro de 2012.

28. Brasil. INESC. A execução orçamentária do governo federal em 2005. Brasília: INESC, 2005.

29. Correio Braziliense. DF deixa de investir R\$ 545 milhões na saúde por falta de projetos. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2012/06/06/interna\\_cidadesdf,306079/df-deixa-de-investir-r-545-milhoes-na-saude-por-falta-de-projetos.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2012/06/06/interna_cidadesdf,306079/df-deixa-de-investir-r-545-milhoes-na-saude-por-falta-de-projetos.shtml)> Acesso em: 05 de outubro de 2012.

30. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 9.784/99. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Brasília-DF: 29 de janeiro de 1999.

31. França VR. Estrutura e motivação do ato administrativo. São Paulo: Malheiros, 2007.

32. Pinto EG. Discricionariedade, contingenciamento e controle orçamentário. Revista Gestão & Tecnologia. 2010 6(2).

Artigo apresentado em: 25/02/2013

Artigo aprovado em: 15/03/2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013