

Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal

Primary Health Care: continuity and change in public health at the Federal District

Helder Kiyoshi Kashiwakura¹, Andréa de Oliveira Gonçalves², Rosane Maria Pio da Silva³

RESUMO A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa lugar de destaque na agenda governamental. Os objetos do estudo são o sistema de saúde do Distrito Federal e as iniciativas para reorganização da APS, com objetivo de analisar o comportamento dos gastos em busca de elementos de continuidade e mudanças nessa política, no período de 2005 a 2014. Adotou-se a pesquisa documental com foco em dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos. Partindo do neoinstitucionalismo histórico, os resultados apontam contradição entre o discurso em defesa da APS e a manutenção das elevadas despesas com assistência hospitalar, testemunhando a característica de *path dependence*.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Gastos em saúde. Sistemas de saúde. Políticas públicas.

ABSTRACT *Primary Health Care (PHC) has a prominent position in the Brazilian governmental agenda. This study focuses on the health system in the Federal District and the initiatives to reorganize PHC, with the analysis of expenditure behavior in order to identify aspects of continuity and change during the period from 2005 to 2014. To achieve this purpose, documental research was carried out focusing on data from the Public Budget Information System. Drawing on historical neo-institutionalism, the results reveal contradiction between the discourse in defense of PHC and the maintenance of high level of expenditure with hospital services, thus confirming path dependence characteristic.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health care expenditures. Health systems. Public policies.*

¹ Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais – Brasília (DF), Brasil.
hkkiyoshi@yahoo.com.br

² Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública – Brasília (DF), Brasil.
andreagon@unb.br

³ Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais – Brasília (DF), Brasil.
rosanemaria.pio6@gmail.com

Introdução

A partir dos anos 1970, o debate sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) se intensifica internacionalmente, resultante dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Outro fator que impulsionou o debate foi a lacuna existente entre as condições de organização da saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, chamando atenção para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010).

No Brasil, nos anos 1990, optou-se pela utilização do termo Atenção Básica (AB). Essa denominação, segundo Heimann e Mendonça (2005), teria sido adotada visando à defesa de um modelo de atenção que se diferenciasse da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença. Recentemente, as publicações do próprio Ministério da Saúde têm utilizado os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como sinônimos.

A Reforma Sanitária brasileira introduziu a noção de saúde como direito social, ou seja, reconheceu a saúde como um direito fundamental de cidadania e a responsabilidade do Estado em provê-la mediante políticas sociais e econômicas. Essa noção, expressa no artigo 196 da Constituição da República de 1988 (BRASIL, 1988), rompeu com o modelo anterior de proteção social no País, de base meritocrática, e avançou para um modelo universalista.

De acordo com Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013), o princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, declarando que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira, a

universalidade foi um princípio-chave para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde a sua criação, formalmente instituída pela Constituição de 1988, a APS representa a 'porta de entrada' no sistema, sendo enfatizada a oferta de serviços e a integralidade das ações de saúde (CORDEIRO, 2001). Por meio da oferta de serviços de baixa e média complexidade, ou seja, por meio da prevenção e da promoção da saúde, busca-se reduzir a demanda por serviços de alta complexidade (especializados e mais caros) e garantir um acesso universal (GUERRA, 2013).

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na política nacional de APS e por grande investimento na ampliação de seu acesso. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto com as mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização como ao destaque assumido pela APS na agenda setorial (CASTRO; MACHADO, 2010). O novo arranjo federativo na saúde compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização, no estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde; a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios, com destaque para os ambulatoriais.

A APS passou, assim, a ocupar lugar de destaque na agenda federal principalmente após a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que ocorreu em 1993/1994 (sendo transformado mais tarde em Estratégia Saúde da Família – ESF), cujo modelo de atenção proposto era voltado para a proteção e promoção da saúde por meio da atenção integral e contínua, com enfoque na família (CASTRO, 2015).

Após a descentralização do SUS, a APS foi municipalizada, o que determinou o avanço no processo de universalização do serviço anteriormente constituído por diferentes acúmulos organizacionais na rede pública

das diferentes regiões brasileiras (CASTANHEIRA, 2014). Para Miclos, Calvo e Colussi (2015), a avaliação desse nível de atenção é estratégica para identificar as fragilidades persistentes que dificultam uma organização e operacionalização em direção à resolutibilidade desejada para o serviço.

O sistema de saúde do Distrito Federal, com características semelhantes às das grandes metrópoles, constitui um importante exemplo para a análise das repercussões de tais iniciativas sobre a reorganização da APS.

Com base nesse contexto, e considerando as contribuições do institucionalismo histórico, o objetivo do trabalho é analisar o comportamento dos gastos com a AB, no âmbito do Distrito Federal, com a finalidade de identificar elementos de continuidade e mudanças em tal política, no período de 2005 a 2014; objetiva-se, também, analisar as características institucionais da política de saúde, correlacionando-as com o comportamento dos gastos.

Referencial teórico

O neoinstitucionalismo na análise das políticas públicas

De acordo com Matias-Pereira (2012), as políticas públicas podem ser vistas como instituições, entendidas como regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores, pois produzem recursos e estabelecem incentivos associados a comportamentos específicos, afetando as intenções entre atores de um determinado setor (PIERSON, 2006; MATIAS-PEREIRA, 2012).

Nessa abordagem, a política pública muda a forma de envolvimento dos atores sociais na política e, por isto, deve ser vista além de suas instituições formais. O neoinstitucionalismo salienta a importância do fator institucional para a explicação de acontecimentos políticos concretos, não apenas remetendo

às limitações da racionalidade do processo de decisão (como falta ou excesso de informações), mas da interferência das regras gerais que exercem, em cada sociedade, influência decisiva sobre o agir dos indivíduos (PIERSON, 2006; FREY, 2000; SOUSA, 2014).

Ao tomar como referência a definição de instituições de Thelen e Steinmo (1992), estas incluem as regras formais, procedimentos consentidos, práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre os indivíduos nas várias unidades da política e da economia, incluindo, as regras formais e os constrangimentos informais relacionados com os códigos de comportamentos e convenções em geral (MARQUES, 1997; SOUSA, 2014).

Essa teoria leva ao entendimento de que não só os indivíduos ou grupos dispõem de força relevante para influenciar as políticas públicas e sua agenda, mas também destacam o papel das regras formais e informais que regem as instituições na determinação de sua implementação, com destaque para a luta entre grupos sociais por poder e recursos, e para a mediação exercida por instituições políticas e econômicas que conduzem as políticas públicas em certa direção, para o benefício de algum grupo específico (SOUSA, 2014).

As respostas das questões de investigação ligadas ao neoinstitucionalismo estão nas estruturas intermediárias, ou seja, nas instituições que modelam os processos políticos e sociais e mediam a relação entre o Estado e a sociedade e entre as estruturas econômicas e os comportamentos de indivíduos e grupos (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

De acordo com Thelen e Steinmo (1992), o neoinstitucionalismo histórico busca compreender o funcionamento das instituições no intuito de impedir, retardar, consolidar ou acelerar processos de mudança social, por meio da recuperação ou reelaboração de modelos histórico-estruturais. Consideram, portanto, as instituições como portadoras de legados de forças político-sociais e históricas que as configuram, justapondo diferentes

lógicas de ordem política, cada uma com seu próprio traço temporal. Arranjos institucionais que compõem uma política podem emergir de diferentes épocas.

Nesse contexto, instituições devem ser entendidas a partir de suas funções principais, ou seja, a de agente e produto da história, sendo, ao mesmo tempo, responsáveis por dar forma e restringir a atuação dos atores políticos e também por representar o resultado das estratégias desenvolvidas por estes atores. Em seu enfoque teórico, estão determinados cinco níveis de análise das políticas públicas: a *path dependence*, os arranjos institucionais, as ligações, as comunidades de discurso e as ideias, sendo a perspectiva da *path dependence* utilizada na análise deste estudo (STEINMO; THELEN; LONGSTRETH, 1992; MATIAS-PEREIRA, 2012). Sobre o termo '*path dependence*', a tradução literal não exprime o conceito no neoinstitucionalismo histórico; assim, trata-se o termo como dependência da trajetória, entendida como uma sucessão de pontos históricos que apresentam conjunturas críticas e benefícios crescentes (HALL; TAYLOR, 2003).

No âmbito das políticas públicas, segundo North (1990), pode-se definir a *path dependence* como a poderosa influência do passado sobre as decisões atuais e futuras. Pierson (2004) relaciona o conceito à ideia de que acontecimentos do passado ou uma trajetória podem influenciar as decisões políticas no presente (SOUSA, 2014).

Lima, Machado e Gerassi (2011) afirmam que o presente é resultado de decisões passadas e suas consequências, e não apenas de condições contemporâneas. No âmbito das políticas públicas, de acordo com os autores, quando se adota uma trajetória, os custos políticos e econômicos para alterá-la são muito altos, em decorrência da criação de regras e de estruturas na mobilização de recursos de diversos tipos e do envolvimento de atores sociais, aumentando as chances de sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações radicais de rumos.

A trajetória da política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

De acordo com o estudo realizado por Göttems *et al.* (2009), o sistema de saúde do Distrito Federal, com características semelhantes às das grandes metrópoles, constitui um relevante exemplo para a análise das repercussões de iniciativas sobre a reorganização da APS.

Situado na Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (Ride), delimitado pelos municípios dos estados de Goiás e de Minas Gerais, exclusivamente o Distrito Federal (DF) possuía, em 2010, uma população estimada pelo IBGE de 2,5 milhões de habitantes; enquanto a Ride-DF possuía 3,7 milhões de habitantes (IPEA, 2013). Integram o sistema de saúde do Distrito Federal uma ampla rede própria, com oferta de atenção em todos os níveis de complexidade.

Os leitos hospitalares públicos da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) equivalem a 83% do total de leitos do SUS, que representam 70,4% do total disponível no DF (BRASIL, 2015). Em relação à APS, há uma extensa rede física regionalizada, em média uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para cada 25 mil habitantes. Todavia, a coexistência na APS do modelo tradicional, da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) limitam a reorganização proposta. Atualmente, a cobertura populacional pela ESF é de 8,7% e pelo Pacs é de 15,4%, totalizando 24,1%, conforme dados fornecidos pela SES-DF (GÖTTEMS *ET AL.*, 2009).

Com relação à política de saúde, DESTACA-SE a análise efetuada por Göttems *et al.* (2009), que realizaram um estudo sobre a trajetória da política de APS no DF, no período de 1960 a 2007, a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico.

De 1999 a 2007, a SES-DF esteve liderada por três secretários de saúde, com uma média de permanência de 2,6 anos. Nos dois últimos períodos, especialmente a partir de 1999, a implantação da ESF passou por mudanças na sua

operacionalização, a saber: gratificação de 20% sobre o vencimento, para servidores da SES-DF das equipes de ESF; construção de 30 UBSs na área urbana, para atuação dessas equipes; contratação dos demais profissionais para a completa composição da ESF. A APS passou a ser o marco das mudanças na política de saúde, a integrar a pauta de discussões, a ser objeto de disputas político-partidárias e a justificar a realização de parcerias público-privadas para a gestão do setor; contudo, não foi capaz de alterar o funcionamento das unidades tradicionais de APS (GÖTTEMS ET AL., 2009).

Foram realizados investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais, acompanhados de iniciativas para fortalecer a APS, que foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidades, com reduzida oferta de capacitação profissional, justificada pela necessidade de garantir a retaguarda da atenção hospitalar. Segundo as autoras, a contradição entre o discurso em defesa da APS e a manutenção das metas de construção de novos hospitais a cada nova gestão testemunhavam a forte característica de dependência da trajetória.

No que se refere à organização da rede de serviços, a despeito das inovações, a gestão da SES-DF teve características tradicionais, tais como: investimento nos hospitais como locus central do sistema de saúde; centralização da gestão financeira e de recursos humanos; uso de tecnologia de ponta; reforço na residência médica centrada na especialidade em detrimento dos demais profissionais. Mesmo quando integrou a agenda da política de saúde, a APS foi considerada acessória ao atendimento hospitalar, objetivando ‘desafogá-lo’ (GÖTTEMS ET AL., 2009).

Metodologia

Utilizou-se, neste estudo, o aporte teórico do institucionalismo histórico, por compreender que essa corrente procura analisar a política, a partir tanto das instituições como dos interesses

e atores. Tal teoria considera que outros fatores influenciam a vida política, não apenas as instituições. Os adeptos dessa corrente tornam-se defensores de uma causalidade social dependente da trajetória percorrida, segundo a qual, as mesmas forças ativas produzem diferentes resultados, pois são modificadas pelas propriedades, herdadas do passado, de cada contexto local (HALL; TAYLOR, 2003).

Para proceder à análise das características institucionais da política de saúde, relacionando-a ao comportamento dos gastos, adotou-se uma abordagem qualitativa e a pesquisa documental como estratégia. Os dados para análise foram retirados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). O referido sistema é referência para o acompanhamento, para a fiscalização e para o controle da aplicação dos recursos vinculados a ações e serviços públicos de saúde.

A análise levou em consideração a trajetória que se refere à sequência temporal dos processos políticos e aos seus impactos nos resultados atuais, bem como as características institucionais e a trajetória da política que constituem categorias que refletem o conjunto de regras e acordos que nortearam a política de saúde nos diferentes momentos contribuindo para a compreensão de sua conformação atual.

Resultados e discussão

Os dados aqui apresentados foram extraídos do Siops, módulo de pesquisa – Dados Informados pela União Estados e Distrito Federal e Municípios, na opção ‘Histórico da despesa por subfunção, consolidada por pasta, estágio de despesa’, com os seguintes critérios de pesquisa: consulta de despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa; Distrito Federal; dotação empenhada.

Os dados relativos ao Siops estão disponíveis para consulta de 2002 a 2014; porém, quando se efetua a consulta por subfunção,

por Estado e despesa empenhada, são gerados dados apenas no período de 2004 a 2015.

Participação da subfunção Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal em relação ao Brasil

A *tabela 1* apresenta a evolução das despesas com a subfunção APS e com a Função Saúde, no Distrito Federal, de 2005 a 2014, levantados por despesa empenhada.

Foram desenvolvidos dois conjuntos de cálculos: 1º – o percentual das despesas com APS em relação ao total das despesas com saúde e o 2º – o percentual das despesas em relação

ao ano anterior, sendo acréscimo para valores maiores do que 100% e decréscimo para valores menores do que 100%. O objetivo foi verificar a participação da APS dentro da Função Saúde e a sua evolução ao longo do tempo.

Após a análise dos valores que foram aplicados em despesas com APS, foi possível identificar relevantes sazonalidades, sem que houvesse um padrão de gastos ano a ano. Enquanto, no ano de 2005, foram aplicados quase 5% do total das despesas com saúde, nos anos de 2007 e 2008, menos de 1% foi gasto no DF. Assim, a média dos valores aplicados, com APS, foi de apenas 2,33% no período analisado (2005 a 2014).

Tabela 1. Comparativo das despesas com Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao total das despesas com saúde. Distrito Federal. 2005 a 2014 (em milhões de reais)

	2005	2006	2007	2008	2009	% APS*
Despesa empenhada com APS	48,80	47,16	13,28	6,92	43,89	
Percentual da despesa com APS sobre o total das despesas	4,71%	3,68%	0,81%	0,41%	2,75%	
Percentual da despesa com APS sobre o ano anterior		96,64%	28,16%	52,10%	634,14%	
Despesa liquidada com APS	48,80	44,91	10,79	5,86	32,63	
Despesa total empenhada com saúde	1.036,82	1.281,31	1.648,14	1.675,95	1.596,60	
Percentual da despesa total com saúde sobre o ano anterior		123,58%	128,63%	101,69%	95,27%	
	2010	2011	2012	2013	2014	% APS*
Despesa empenhada com APS	87,40	45,29	40,70	38,48	43,24	
Percentual da despesa com APS sobre o total das despesas com saúde	4,84%	2,08%	1,62%	1,02%	1,36%	2,33
Percentual da despesa com APS sobre o ano anterior	199,2%	51,8%	89,9%	94,5%	112,4%	
Despesa liquidada com APS	37,91	33,44	18,88	25,55	32,25	
Despesa total empenhada com saúde	1.806,21	2.180,15	2.515,92	3.768,07	3.186,49	
Percentual da despesa total com saúde sobre o ano anterior	113,1%	120,7%	115,4%	149,8%	84,6%	

Fonte: Siops/Datasus, adaptado pelos autores.

Obs.: * % APS – Percentual da Atenção Primária à Saúde em relação ao total das despesas.

A *tabela 2* apresenta a evolução das despesas com a subfunção APS e com a Função Saúde, para todos os estados da federação, levantados por despesa empenhada. Foram feitos dois conjuntos de cálculos: 1º – percentual das despesas com APS em relação ao total das despesas e 2º – percentual das despesas em relação ao ano

anterior, sendo acréscimo para valores maiores do que 100% e decréscimo para os menores. O objetivo foi verificar a participação da APS dentro da Função Saúde e sua evolução ao longo do tempo. A análise permitiu identificar que a média de aplicação de despesas em gastos com APS, no período analisado, foi de 5,24%.

Tabela 2. Comparativo das despesas com Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao total das despesas com saúde, para todos os estados do Brasil. 2005 a 2014 (em milhões de reais)

	2005	2006	2007	2008	2009	% APS*
Despesa empenhada com APS	2.044,21	1.790,99	2.703,94	2.993,01	3.099,33	
Percentual da despesa com APS (301) em relação ao total das despesas com saúde	6,98%	5,29%	7,13%	6,66%	6,20%	
Percentual das despesas com APS sobre o ano anterior		87,61%	150,97%	110,69%	103,55%	
Despesa total empenhada com saúde	29.289,84	33.853,92	37.912,78	44.945,94	49.983,57	
Percentual da despesa total em relação ao ano anterior		115,58%	111,99%	118,55%	111,21%	
	2010	2011	2012	2013	2014	% APS*
Despesa empenhada com APS	3.633,50	3.725,98	1.993,16	2.331,44	2.381,67	
Percentual da despesa com APS sobre o total das despesas com saúde	6,48%	6,29%	3,12%	3,39%	2,89%	5,44
Percentual da despesa com APS em relação ao ano anterior	117,24%	102,55%	53,49%	116,97%	102,15%	
Despesa total empenhada com saúde	56.056,72	59.215,66	63.812,41	68.799,75	82.293,72	
Percentual da despesa com saúde em relação ao ano anterior	112,15%	105,64%	107,76%	107,82%	119,61%	

Fonte: Siops/Datasus, adaptado pelos autores.

Obs.: * % APS - Percentual da Atenção Primária à Saúde em relação ao total das despesas.

Ao comparar o percentual médio de participação da APS nas despesas com saúde no DF (2,33%) ao valor aplicado na média nacional – média de participação dos Estados quando analisados em conjunto, verifica-se que a capital do País aplicou menos da metade da média; tal fato permite inferir a pouca valorização destinada

à APS. Em alguns anos, a exemplo de 2007 e 2008, o percentual nem mesmo alcançou 20% da média nacional, demonstrando a inconstância no planejamento e na permanência das políticas, com tamanha sazonalidade na aplicação dos recursos.

Evolução das despesas nas subfunções relativas à saúde

A *tabela 3* apresenta a evolução das despesas do DF com as subfunções pertencentes à Função Saúde, de 2005 a 2014, levantadas por despesa empenhada. Novamente, foram realizados dois conjuntos de cálculos: o 1º – percentual de participação das despesas nas subfunções em relação ao

total com a Função Saúde e o 2º – percentual das despesas com APS e Assistência Hospitalar e Ambulatorial em relação ao ano anterior. Foram considerados acréscimos os valores superiores a 100% e decréscimo os inferiores ao mesmo percentual. O objetivo foi verificar a participação da APS comparativamente com a Assistência Hospitalar e Ambulatorial dentro da Função Saúde.

Tabela 3. Comparativo das despesas empenhadas nas subfunções de saúde. Distrito Federal. 2005 a 2014 (em milhões de reais)

Cód. Subfunção	Nome da Subfunção	2005	2006	2007	2008	2009	Média / Total
1	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	624,35	794,56	965,77	966,07	872,45	
	Percentual das subfunções administrativas em relação ao total das despesas com saúde	0,6022	0,6201	0,586	0,5764	0,5464	53,78%
122	Administração Geral	607,21	777,92	929,51	920,31	806,73	
126	Tecnologia da Informação	0,00	0,00	14,58	23,59	43,86	
128	Formação de RH	17,15	16,65	21,68	22,13	21,81	
	Percentual das despesas de formação de RH sobre o total das despesas com saúde	0,0165	0,013	0,0132	0,0132	0,0137	1,42%
131	Comunicação Social	0	0	0	0,04	0,05	
2	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	406,69	464,01	607,37	642,89	721,96	
301	APS	48,80	47,16	13,28	6,92	43,89	
	Percentual da APS em relação ao total das ações vinculadas	0,12	0,12	0,12	0,12	0,0608	5,39%
	Percentual da APS em relação ao total das despesas com saúde	0,0471	0,0368	0,0081	0,0041	0,0275	2,33%
	Percentual das despesas com APS sobre o ano anterior		96,64%	28,16%	52,10%	634,1%	
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	351,54	404,85	580,08	611,46	659,89	
	Percentual da At. Hospitalar e Ambulatorial em Relação ao total ações vinculadas	0,86	0,87	0,96	0,95	0,91	165,3%
303	Suporte Profilático e Terapêutico	5,51	6,62	9,32	11,36	10,43	
304	Vigilância Sanitária	0,68	3,09	2,86	5,39	3,90	
305	Vigilância Epidemiológica	0,15	2,29	1,82	7,76	3,85	
3	Inform. Complementares	5,78	22,74	75,00	66,98	2,19	
xxx	Outras	5,62	22,50	74,69	66,98	2,19	
	Total das despesas com saúde	1.036,82	1.281,31	1.648,14	1.675,95	1.596,60	
	Percentual das despesas em relação ao ano anterior		123,58%	128,63%	101,6%	95,27%	

Tabela 3. (cont.)

Cód. Subfunção	Nome da Subfunção	2010	2011	2012	2013	2014	Média / Total
1	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	898,43	1.301,59	1.475,91	2.669,98	2.157,17	
	Percentual das subfunções administrativas em relação ao total das despesas de saúde	0,4974	0,597	0,5866	0,7086	0,677	53,78%
122	Administração Geral	843,65	1.230,72	1.395,90	2.620,66	2.078,48	
126	Tecnologia da Informação	30,27	40,34	45,57	3,88	18,10	
128	Formação de RH	24,44	30,53	34,44	45,44	60,29	
	Percentual das despesas de formação de RH sobre o total das despesas com saúde	0,0135	0,014	0,0137	0,0121	0,0189	1,42%
131	Comunicação Social	0,07	0,00	0,00	0,00	0,30	
2	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	905,05	868,95	1.031,31	1.079,97	962,33	
301	APS	87,40	45,29	40,70	38,48	43,24	
	Percentual da APS em relação ao total das ações vinculadas	0,0966	0,0521	0,0395	0,0356	0,0449	5,39%
	Percentual da APS em relação ao total das despesas com saúde	0,0484	0,0208	0,0162	0,0102	0,0136	2,33%
	Percentual de crescimento da APS em relação ao ano anterior	199,16%	51,82%	89,86%	94,54%	112,3%	88,59%
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	797,82	661,03	631,16	664,29	581,41	
	Percentual da At. Hospitalar e Ambulatorial em relação ao total das ações vinculadas	0,88	0,76	0,61	0,62	0,6	80,31%
303	Suporte Profilático e Terapêutico	12,65	143,51	211,90	202,55	155,83	
304	Vigilância Sanitária	4,12	8,01	5,31	10,32	18,02	
305	Vigilância Epidemiológica	3,02	5,11	21,94	37,46	27,83	
306	Alimentação e Nutrição	0,05	6,01	120,30	126,87	136,00	
3	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	2,73	9,61	8,70	18,12	66,99	
xxx	Outras	2,59	9,32	8,70	18,12	66,99	
	Total das despesas com saúde	1.806,21	2.180,15	2.515,92	3.768,07	3.186,49	
	Percentual das despesas em relação ao ano anterior	113,13%	120,70%	115,40%	149,7%	84,57%	307%

Fonte: Siops/Datasus, adaptado pelos autores.

As tabelas 4A e 4B apresentam a evolução das despesas com as subfunções pertencentes à Função Saúde, para todos os estados da federação, levantados por despesa empenhada. Foram realizados dois conjuntos de cálculos: 1º- o percentual de participação das despesas nas subfunções em relação ao total das despesas com a Função Saúde e 2º- o

percentual das despesas com APS em relação ao ano anterior. Os acréscimos e os decréscimos foram considerados nas mesmas bases anteriores. O objetivo foi verificar a participação da APS e da Assistência Hospitalar e Ambulatorial dentro da Função Saúde no âmbito das unidades da federação.

Tabela 4A. Comparativo das despesas empenhadas nas subfunções de saúde para todos os estados do Brasil. 2005 a 2009 (em milhões de reais)

Cód.	Nome	2005	2006	2007	2008	2009	Média / Total
1	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	6.408,32	7.749,22	8.321,77	10.462,36	12.021,87	
	Percentual das subfunções administrativas em relação ao total das despesas com saúde	0,2188	0,2289	0,2195	0,2328	0,2405	22,6%
121	Planejamento e Orçamento	5,29	1,52	314,15	3,43	43,22	
122	Administração Geral	6.176,30	7.495,56	7.722,01	9.311,21	10.479,70	
124	Controle Interno	0,73	0,39	0,24	0,66	0,15	
126	Tecnologia da Informação	54,50	63,33	70,98	851,77	1.125,40	
128	Formação de RH	166,81	178,86	200,33	203,00	250,50	
	Percentual das despesas de formação de RH sobre o total das despesas com saúde	0,0057	0,0053	0,0053	0,0045	0,005	0,49%
131	Comunicação Social	4,70	9,57	14,06	41,58	42,39	
2	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	19.135,44	22.674,94	25.129,79	29.533,80	33.473,79	
301	APS	2.044,21	1.790,99	2.703,94	2.993,01	3.099,33	
	Percentual da APS em relação ao total das ações vinculadas	0,1068	0,079	0,1076	0,1013	0,0926	7,79%
	Percentual da APS em relação ao total das despesas com saúde	0,0698	0,0529	0,0713	0,0666	0,062	5,44%
	Percentual das despesas com APS sobre o ano anterior		87,61%	150,97%	110,69%	103,55%	
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	15.065,82	18.585,32	19.719,46	23.332,07	27.044,72	
	Percentual da At. Hospitalar e Ambulatorial em Relação ao total ações vinculadas	0,79	0,82	0,78	0,79	0,81	81,5%
303	Suporte Profilático e Terapêutico	1.207,57	1.457,07	1.919,99	2.236,17	2.378,21	
304	Vigilância Sanitária	136,29	150,51	134,09	152,23	117,83	
305	Vigilância Epidemiológica	227,52	252,96	255,83	376,21	450,90	
306	Alimentação e Nutrição	454,03	438,09	396,48	444,11	382,79	
3	Inform. Complementares	3.746,08	3.429,76	4.461,23	4.949,79	4.487,91	
xxx	Outras	3.171,76	2.812,95	3.867,59	4.366,51	3.786,74	
	Total das despesas com saúde	29.289,84	33.853,92	37.912,78	44.945,94	49.983,57	
	Percentual das despesas em relação ao ano anterior		115,58%	111,99%	118,55%	111,21%	

Fonte: Siops/Datasus, adaptado pelos autores.

Tabela 4B. Comparativo das despesas empenhadas nas subfunções de saúde para todos os estados do Brasil. 2010 a 2014 (em milhões de reais)

Cód.	Nome	2010	2011	2012	2013	2014	Média / Total
1	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	13.925,75	15.858,92	17.983,70	20.822,75	20.306,88	
	Percentual das subfunções administrativas em relação ao total das despesas com saúde	0,2484	0,2678	0,2818	0,3027	0,2468	22,59%
121	Planejamento e Orçamento	48,38	140,83	761,02	63,35	51,98	
122	Administração Geral	12.084,26	13.716,43	16.667,38	20.348,69	19.721,51	
123	Administração Financeira	87,30	1,42	0,00	20,59	22,54	
124	Controle Interno	0,24	31,83	0,61	0,73	9,36	
126	Tecnologia da Informação	1.392,10	1.593,69	128,94	90,79	191,48	
128	Formação de RH	265,99	331,76	375,99	241,31	258,57	
	Percentual das despesas de formação de RH sobre o total das despesas com saúde	0,0047	0,0056	0,0059	0,0035	0,0031	0,49%
131	Comunicação Social	47,48	42,97	49,78	57,29	51,45	
2	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	37.077,44	38.361,66	43.112,22	46.400,30	58.416,77	
301	APS	3.633,50	3.725,98	1.993,16	2.331,44	2.381,67	
	Percentual da APS em relação ao total das ações vinculadas	0,098	0,0971	0,0462	0,0502	0,0408	7,79%
	Percentual da APS em relação ao total das despesas com saúde	0,0648	0,0629	0,0312	0,0339	0,0289	5,44%
	Percentual das despesas com APS sobre o ano anterior	117,24%	102,55%	53,49%	116,97%	102,15%	
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	29.882,14	31.158,84	36.114,25	39.197,80	50.097,14	
	Percentual da At. Hospitalar e Ambulatorial em Relação ao total ações vinculadas	0,81	0,81	0,84	0,84	0,86	81,48%
303	Suporte Profilático e Terapêutico	2.457,95	2.665,53	4.172,43	3.900,06	4.931,24	
304	Vigilância Sanitária	195,30	146,38	82,54	118,66	112,39	
305	Vigilância Epidemiológica	507,08	426,86	448,26	597,97	667,32	
306	Alimentação e Nutrição	401,47	238,07	301,58	254,36	227,01	
3	INFORM. COMPLEMENTARES	5.053,52	4.995,08	2.716,49	1.576,70	3.570,07	
xxx	Outras	4.610,81	4.560,68	2.349,11	1.159,26	3.072,79	
	Total das despesas com saúde	56.056,72	59.215,66	63.812,41	68.799,75	82.293,72	
	Percentual das despesas em relação ao ano anterior	112,15%	105,64%	107,76%	107,82%	119,61%	280,96%

Fonte: Siops/Datasus, adaptado pelos autores.

Verifica-se que o crescimento absoluto das despesas globais da saúde nos estados cresceu 180%, sendo o crescimento no DF bastante próximo (207%). No entanto, com relação à APS, houve decréscimo das despesas, significando, em 2014, 88,58% das despesas realizadas em 2005.

Contrariamente às prioridades políticas, os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial apresentaram crescimento de 65,38%, no período de 2005 a 2014, com percentual de participação de 80% no total das Subfunções Vinculadas – o que contraria o decréscimo ocorrido na APS. Tal aspecto

confirma o que foi constatado no trabalho de Göttems *et al.* (2009), de que houve uma contradição entre o discurso em defesa da APS e a manutenção das elevadas despesas com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o que testemunha a forte característica de dependência da trajetória.

A análise dos gastos permite inferir, no que tange à organização da rede de serviços, a despeito das inovações, que a gestão da SES-DF optou por caminhos tradicionais, a exemplo de investimento nos hospitais.

Conclusões

O sistema de saúde do Distrito Federal, com características semelhantes às das grandes metrópoles, constitui um importante exemplo para a análise das repercussões de iniciativas sobre a reorganização da APS. Com relação à gestão da saúde, verificaram-se relevantes investimentos de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais.

Identificou-se, ainda, que as iniciativas para fortalecer a APS foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidade, com reduzida oferta de capacitação profissional, justificada pela necessidade de garantir a retaguarda da atenção hospitalar.

A contradição entre o discurso em defesa da APS e a manutenção das metas de construção de novos hospitais apresentada a cada nova gestão testemunha a forte característica de dependência da trajetória. No que se refere à organização da rede de serviços, apesar das inovações, a gestão da saúde no DF trilhou caminhos tradicionais, tais como:

investimento nos hospitais como *locus* central do sistema de saúde; centralização da gestão financeira e de recursos humanos; uso de tecnologia de ponta; reforço na residência médica centrada na especialidade em detrimento dos demais profissionais.

O percentual de participação da APS nas despesas com saúde no Distrito Federal (2,33%) é menor do que a metade da média de participação dos estados quando analisados em conjunto (5,44%), chegando a patamares que representam a descontinuidade de gastos na participação da APS, como nos anos de 2007 e 2008 (0,81% e 0,41%), caindo drasticamente em relação à média histórica.

Verificou-se ainda que o crescimento absoluto das despesas globais da saúde no DF (207%) cresceu acima da média nacional (180%), no entanto, com relação à APS, houve decréscimo, sendo que, em 2014, a aplicação correspondeu à 88,58% das despesas realizadas em 2005. Contrariamente às prioridades políticas, os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial apresentaram crescimento de 65,38%, no decênio analisado, com percentual de participação de 80% no total das Subfunções Vinculadas – o que contraria o decréscimo ocorrido na APS.

Assim, a análise das informações apresentadas no estudo permite confirmar que houve uma contradição entre o discurso em defesa da APS e a manutenção das elevadas despesas com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o que confirma a forte característica de dependência da trajetória, mantendo-se semelhantes características das décadas de 1970 e 1980, de natureza hospitalocêntrica. ■

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, out./dez. 2014.
- CASTRO, A. L. B. *Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil*. 2015. 173 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, v. 21, p. 211-259, 2000.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.
- GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, jun. 2009.
- GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma análise do Sistema Único de Saúde*. Washington, DC: The World Bank, 2013.
- GUERRA, M. *Modelo de alocação de recursos do sistema único de saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade*. 2013. 150 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.
- HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.
- HEINMANN L. S., MENDONÇA M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Relatório de Pesquisa. Caracterização e Quadros de Análise Comparativa da Governança Metropolitana no Brasil: Arranjos Institucionais de Gestão Metropolitana. Região Integrada de Desenvolvimento Econômico de Brasília (RIDE Brasília)*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://ipea.gov.br/redeipea/images/pdfs/governanca_metropolitana/rell_1_ridedf.pdf>. Acesso em: 15/01/2016.
- LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. *O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica*. In: MATTOS, R. A.; BATISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, p. 111-137, 2011.
- MARQUES, E. C. Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, v. 43, p. 67-102, 1997.
- MATIAS-PEREIRA, J. M. *Curso de Planejamento*

Governmental: Foco nas políticas públicas e nos indicadores sociais. São Paulo: Atlas, 2012.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n.107, p. 984-996, out./dez. 2015.

NORTH, D. *Institutions, Institutional Chance and Economic Performace.* New York: Cambridge University Press, 1990.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis.* Princeton University press, 2004.

_____. *Public policies as institutions.* In: SHAPIRO, I.; SKOWRONEK, S.; GALVIN, D. *Rethinking Political Institutions: The Art of the State.* New York: New York University Press, 2006.

SOUSA, R. G. *Gastos públicos e desenvolvimento humano nos estados do Brasil.* 2014. 178 f. Tese (Doutorado Multi-institucional em Ciências Contábeis) – Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis UnB/UFPA/ UFRN, João Pessoa, 2014.

STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Org.). *Structuring Politics: historical institutionalism and comparative analysis.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 1-32.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (Org.). *Structuring Politics: historical institutionalism en comparative analysis.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 1-32.

Recebido para publicação em abril de 2016
Versão final em setembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve