

<b>Título</b>	SAÚDE
<b>Autores (as)</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>Título do Boletim</b>	POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
<b>Cidade</b>	
<b>Editora</b>	Ipea
<b>Ano</b>	2006 (n.12)
<b>ISSN</b>	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).  
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

## SAÚDE

A seção sobre conjuntura da saúde está composta por dois assuntos principais. Na subseção 1.1, é tratado o surgimento potencial de uma nova epidemia no cenário internacional – a gripe aviária – e o tratamento dado pelo governo federal para a mesma. Ao mesmo tempo, descreve-se o problema de uma doença transmissível – a dengue – que recrudesce no cenário nacional. Na subseção 1.2, apresenta-se brevemente a proposta do governo de reorientar a iniciativa da farmácia popular para a rede comercial.

Já na seção sobre acompanhamento de políticas e programas optou-se por tratar brevemente de alguns princípios e diretrizes que referenciam o Sistema Único de Saúde (SUS) como pano de fundo para a discussão do acompanhamento de duas questões específicas: a expansão do Saúde da Família – importante diretriz de política – e os recursos humanos em saúde. No caso desse último, nesta edição o destaque é dado para a questão dos recursos humanos federais.

Por fim, na seção sobre financiamento e gastos, tem continuidade o acompanhamento da implementação da Emenda Constitucional nº 29, bem como se analisa a execução orçamentária federal.

### 1 Conjuntura

#### 1.1 Doenças transmissíveis: novos dilemas e velhos problemas

Dentre as discussões levantadas no número anterior desse periódico, destaca-se o fato de o Brasil conviver ainda com doenças transmissíveis, que podem ser controladas por políticas públicas, enquanto se observa uma predominância cada vez maior das doenças não transmissíveis no quadro epidemiológico nacional. No caso das doenças transmissíveis, além daquelas para as quais ainda existe um número não desprezível de casos, como a dengue, a malária e a hanseníase, surgem, no cenário internacional, novas doenças que podem atingir a população brasileira, como a gripe aviária.

##### Gripe aviária

A *influenza*, ou gripe, é uma infecção viral aguda do sistema respiratório de elevada transmissibilidade. Esse é o caso da gripe aviária, doença animal contagiosa, causada por vírus que infectam mais comumente aves, mas que também podem, após mutações genéticas, infectar várias espécies de mamíferos, inclusive seres humanos. A variante H5N1, desde 2003, já infectou 151 pessoas, causando a morte de 82 delas. Apesar de os números serem proporcionalmente baixos frente a outros problemas de saúde enfrentados no mundo, o destaque dado a ele nesta edição do boletim deve-se a três fatores: *i*) a preocupação mundial de que essa doença se torne uma epidemia; *ii*) seus impactos econômicos; e *iii*) a tentativa do governo federal de estruturar sua ação para poder dar uma rápida resposta ao problema.

A gripe aviária representa um risco real para o Brasil e outros países da América Latina. O risco da entrada no país da versão animal da gripe é alto, não via importação

de aves contaminadas, pois o país é essencialmente exportador, e sim pela possibilidade de interação entre as espécies migratórias. O mesmo se pode dizer de uma possível versão humana em decorrência das características globalizantes do mundo moderno: uma pessoa que tenha tido contato com aves ou outras pessoas contaminadas pode ingressar no país. Ademais, mesmo que a gripe ainda não tenha chegado ao Brasil, os impactos econômicos já podem ser sentidos, com a queda nas exportações de carne de frango. A extensão da crise econômica no mundo dependerá das proporções que essa doença poderá alcançar se não for controlada.<sup>38</sup>

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde e contando com a colaboração da Secretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Anvisa, da Fiocruz, além da participação de outros setores governamentais e não-governamentais, elaborou o Plano de Preparação Brasileiro para uma Pandemia de Influenza. O objetivo geral desse Plano “é impedir a entrada no Brasil e minimizar os efeitos da disseminação do vírus em território nacional sobre a morbidade e mortalidade e suas repercussões na economia e no funcionamento dos serviços essenciais do país.” Contudo, como uma barreira total à entrada do vírus se torna pouco provável no caso de uma epidemia mundial, os objetivos específicos desse Plano são:

- i)* retardar a disseminação de uma cepa pandêmica entre a população brasileira; *ii)* reduzir a morbidade, principalmente das formas graves da doença, e mortalidade por influenza; *iii)* fortalecer a infra-estrutura do país para lidar com situações de emergência epidemiológica em doenças de transmissão respiratória: vigilância epidemiológica; *iv)* identificar grupos prioritários para quimioprofilaxia e vacinação, de acordo com distintos níveis de progressão da pandemia e da disponibilidade de drogas e vacinas.<sup>39</sup>

A fim de se alcançar tais objetivos, as principais estratégias traçadas são: o desenvolvimento de mecanismos efetivos de cooperação e articulação técnica entre as vigilâncias da influenza humana e animal; o desenvolvimento de estratégias de comunicação e informação; o desenvolvimento de mecanismos jurídicos e político-gerenciais necessários para apoiar o processo de tomada de decisão em situação de emergência epidemiológica e o desenvolvimento de mecanismos de cooperação internacional.

Vale também ressaltar que o Ministério da Saúde inaugurou 14 unidades sentinelas que irão auxiliar no alerta caso haja diagnóstico de gripe aviária na população brasileira. As unidades sentinelas são hospitais, postos de saúde e policlínicas que recebem treinamento do Ministério da Saúde, equipamentos de informática, refrigeração e kits de coleta de amostras. O trabalho dessas unidades é recolher secreções nasais e da faringe de pessoas que tenham sintomas de gripe. O objetivo é verificar quais vírus estão presentes naquela região, permitindo traçar estratégias, por exemplo, de vacinação e de distribuição de remédios.

Além disso, recentemente o MS encomendou estoque estratégico do antiviral Oseltamir (Tamiflu), num total de 9 milhões de tratamentos completos, cuja reserva

---

38. O IMF fez uma extensa análise dos impactos econômicos potenciais da gripe aviária (ver IMF. *The Global Economic and Financial Impact of an Avian Flu Pandemic and the Role of the IMF*. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/afp/2006/eng/022806.htm>. Acesso em: 2 de maio de 2006).

39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de preparação brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 224 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

servirá para uma possível pandemia; o órgão também tem buscado se preparar para a produção de vacinas, acelerando a construção de uma nova fábrica do Instituto Butantã (o MS repassou R\$ 3,1 milhões para esse projeto).

## Dengue

Doença infecciosa febril aguda, a dengue constitui um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Pode apresentar-se de forma benigna ou grave e sua transmissão ocorre pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, uma espécie hematófaga originária da África que chegou ao continente americano na época da colonização. Existem vários sorotipos de dengue, que foram numerados de 1 a 4, dependendo do grau de letalidade do vírus.

No Brasil, apesar de se ter notificações dos casos da doença desde 1916, os primeiros casos comprovados clínica e laboratorialmente ocorreram entre os anos de 1981 e 1982, em Boa Vista (Roraima), tendo sido freqüentes as notificações de casos a partir de 1986, atingindo principalmente o Rio de Janeiro. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada. Na epidemia de 1986, identificou-se a ocorrência da circulação do sorotipo 1, inicialmente no estado do Rio de Janeiro, disseminando-se, a seguir, para outros seis estados até 1990. Nesse mesmo ano, foi identificada a circulação do sorotipo 2, também no estado do Rio de Janeiro.

A ocorrência dessa doença tem relação direta com as condições socioambientais extremamente favoráveis à expansão do mosquito *Aedes aegypti* (baixa escolaridade da população, pobreza, condições sanitárias e habitacionais inadequadas, favelas, entre outros), as quais possibilitaram a dispersão do vetor e o avanço da doença. Isso indica que o problema não está restrito à atuação da área de saúde, mas diz respeito, também, às políticas urbanas e de meio ambiente. Enquanto se conviver com uma estrutura de organização do espaço urbano que favoreça o acúmulo de entulhos e recipientes, a coleta inadequada ou inexistente de lixo, lajes não impermeabilizadas e parte da população ainda estiver sem acesso à água potável proveniente de rede geral, estar-se-á convivendo com potenciais criadouros do mosquito.

O crescimento do problema já era esperado, conforme consta do Saúde Brasil 2005:

a década de 2000 anunciou a manutenção desse aumento nos dois primeiros anos com uma incidência<sup>40</sup> de 144,4 nesse ano; 254,4 em 2001; e 454,8 em 2002. Este panorama muda em 2003 com a diminuição expressiva da incidência para 195,7, e 65,6 em 2004. No entanto, dados mais recentes apontam para um novo aumento da incidência em 2005, o que serve de alerta para que os esforços destinados ao combate e controle da dengue continuem sendo efetuados com bastante rigor.<sup>41</sup>

Em números absolutos, em 2005, foram notificados cerca de 200 mil casos da doença, praticamente o dobro do observado em 2004, quando foram notificados cerca de 117 mil casos.<sup>42</sup> A questão que se coloca é a seguinte: sendo a dengue uma doença transmissível, controlável por meio de políticas e ações públicas, o que justifica ainda

40. Taxa de incidência da dengue é igual ao número de novos casos por 100 mil habitantes.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005 : uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 822 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

42. Ao se dividir 117 mil casos pela população brasileira em 2004 obtém-se a taxa de incidência de 65,6 casos por 100 mil habitantes.

se conviver com tantos casos da doença? Os fatores que explicariam isso são inúmeros. Penna (2003)<sup>43</sup> chama atenção para importante discussão nessa área:

O desenvolvimento do SUS envolveu a construção de consensos em torno de modelos de financiamento, modelo gerencial, de organização dos serviços de saúde e de atenção. A discussão sobre o controle vetorial foi sempre completamente periférica porque essa atividade não se realiza na rede de atenção à saúde, arcabouço principal do SUS. A situação do dengue reflete, portanto, a decisão política de não priorizar o controle vetorial no país no primeiro momento da construção do SUS. O custo deste controle realizado por meio da estratégia tradicional é muito alto, com um custo benefício baixo comparado à expansão da cobertura das ações básicas de saúde.

Cabe ressaltar que a eficácia das políticas de combate à dengue necessita de coordenação entre os diversos agentes responsáveis pela implementação das ações, nas três esferas de governo.

## 1.2 Farmácia popular

No nº 9 deste boletim, analisou-se o lançamento do Farmácia Popular, bem como suas principais dificuldades de implementação e pontos críticos. Comentou-se que o programa, anunciado durante a campanha presidencial, passou um longo período na incubadora, tendo sido lançado pelo Ministério da Saúde apenas no primeiro semestre de 2004. Seu principal objetivo era oferecer alternativas para ampliar o acesso a medicamentos, seja por meio da implantação de uma rede de *farmácias populares* do Brasil, que venderiam medicamentos a preço de custo em parceria com governos municipais e hospitais filantrópicos, seja pela oferta de medicamentos, a preços subsidiados, na rede privada de drogarias e farmácias. A estratégia inicialmente escolhida, no entanto, foi implantar uma nova rede de farmácias populares, com investimentos em infraestrutura, contratação de pessoal etc.

O programa foi fortemente criticado quando do seu lançamento, essencialmente pelo fato de ir contra um dos princípios fundamentais do SUS: a gratuidade dos serviços. A questão então colocada era: até que ponto a iniciativa não representaria o primeiro passo para acabar com a gratuidade irrestrita do serviço no âmbito do SUS?

Além disso, a estratégia mostrou-se limitada, visto que, ao final de 2005, haviam sido implantadas cerca de 100 farmácias, o que claramente não resolvia o problema de acesso. Sendo assim, o governo federal optou por reorientar a estratégia e utilizar a rede comercial já existente, tendo formalizado essa decisão por meio da Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. De acordo com a nova proposta, os medicamentos para hipertensão e diabetes serão comercializados na rede privada, a preços subsidiados. Até março de 2006, mais de mil farmácias haviam se cadastrado para participar dessa ação.

Restam, contudo, outros problemas, como, por exemplo, a gratuidade e a questão de não se aperfeiçoar a assistência farmacêutica, garantindo a distribuição nas unidades nas quais os serviços de assistência à saúde são prestados. A preocupação é que se vá progressivamente substituindo a gratuidade por uma oferta de medicamentos a preços subsidiados. Há quem defenda que, em vez de vender o medicamento, mesmo que a preço de custo, o governo deveria investir para melhorar a distribuição e os serviços prestados nessa área.

---

43. PENNA, Maria Lucia F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, jan./fev. 2003, v.19, n. 1, p. 305-309. ISSN 0102-311X.

Além disso, essa forma de distribuição, apesar de minimizar o problema da capilaridade, traz consigo a discussão sobre a possibilidade de controle da venda desses medicamentos. De acordo com a Portaria nº 491, o Departamento de Informática do Sus (Datusus) organizará um cadastro atualizado das apresentações dos medicamentos, com base no código de barras da embalagem, disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária a partir das informações que essa recebe dos fabricantes. Os pagamentos serão feitos por meio de Autorizações de Dispensação de Medicamentos (ADMs) – semelhantes ao que hoje é o sistema de pagamento de internações hospitalares (AIH). Essas informações serão armazenadas pelo Datusus, que emitirá relatório de compras processadas, por estabelecimento habilitado (ou rede de farmácias e drogarias como preferir a matriz). Esse relatório ficará à disposição da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que é a unidade gestora do programa no Ministério da Saúde. Essa secretaria será responsável por verificar sistematicamente as ADMs, buscando identificar se há irregularidades. Em caso de irregularidade, a habilitação do estabelecimento será suspensa preventivamente, assim como os pagamentos devidos, cabendo ao Departamento de Auditoria do SUS proceder à apuração dos fatos. Caso se confirme a irregularidade, a SCTIE notificará o estabelecimento para que esse apresente sua defesa.

Como pode se observar, há um sistema de controle e fiscalização pensado, mas ainda restam as seguintes questões: ele irá funcionar adequadamente? O Ministério da Saúde conta com recursos humanos adequados e preparados para realizar essa fiscalização? Serão estabelecidos parâmetros para controle dos casos? Esses parâmetros, se estabelecidos, considerarão o perfil epidemiológico e de uso dos serviços de saúde da população em cada localidade? Haverá cruzamento dessas informações com aquelas produzidas pelos outros sistemas do Ministério da Saúde? Não se pode dar resposta para essas questões nesse momento, visto que a iniciativa de expansão para a rede privada ainda está em fase de implementação.

## 2 Acompanhamento de políticas e programas

Nesta seção, optou-se por, inicialmente, fazer um breve resgate e tentativa de conceituação dos princípios e diretrizes que regem o SUS. Isso servirá de pano de fundo para a discussão das ações e iniciativas destacadas nesta edição: o Projeto de Expansão do Saúde da Família (Proesf) e a questão dos recursos humanos federais na área de saúde.

### 2.1 Alguns princípios e diretrizes que regem o SUS<sup>44</sup>

Os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde foram estabelecidos pela Constituição Federal, destacando-se o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (art. 196) e a integralidade da atenção (art. 198).<sup>45</sup> Além disso, a Constituição

---

44. Cabe ressaltar que pela Constituição Federal de 1988 “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” (art. 196). Assim, a garantia do direito à saúde não se restringe às políticas de atenção/assistência à saúde, isto é, às políticas que estariam no âmbito de atuação do ministério e das secretarias de saúde. Contudo, a análise presente neste boletim ficará centrada em alguns princípios e diretrizes que afetam mais diretamente a organização do SUS. Mesmo nesse caso, como mencionado, ainda será uma análise simplificada. Aprofundamentos e detalhes destes serão objeto da próxima edição do boletim.

45. Além da diretriz de integralidade da ação, a Constituição também instituiu outras como a descentralização e a participação da comunidade. Essas não serão objeto desta edição do boletim, mas serão tratadas em edições posteriores.

permite que a iniciativa privada participe de forma suplementar ou complementar na prestação de assistência à saúde (arts. 197 e 199). O que significam esses princípios destacados?

De forma muito resumida e simplificada, o acesso universal e igualitário significaria que todos têm o direito aos serviços de saúde, independentemente de poder aquisitivo, raça, cor, credo ou qualquer outra distinção. O atendimento integral seria garantido por duas óticas complementares: *i*) analisando-se o indivíduo como um todo e não apenas por suas partes e garantindo-lhe acesso aos diferentes níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), dos serviços mais simples aos mais complexos – integralidade vertical; e *ii*) garantindo-se a promoção, prevenção e recuperação da saúde – integralidade horizontal, integrando-se as ações de assistência à saúde com outras ações que afetam a saúde dos indivíduos.

Quanto à participação do setor privado, conforme destaca Carvalho (2004),

o caráter público do SUS não é estatal. As ações serão feitas pelos serviços públicos e complementarmente pelo setor privado, lucrativo ou não, e com preferência para o filantrópico e o sem fins lucrativos, através de contrato administrativo ou convênio.<sup>46</sup>

Além disso, o setor privado poderia atuar de forma suplementar na prestação de serviços de saúde, por meio de pessoas físicas ou jurídicas.

O modelo médico-assistencial hospitalocêntrico foi historicamente preponderante no Brasil, fortalecido, entre outros fatores, pelo conceito de saúde como ausência de doença. Os questionamentos a esse modelo, associados a outros debates que vinham acontecendo na área de saúde há alguns anos, culminaram com a constituição do SUS, regido pelos princípios e pelas diretrizes expostos anteriormente. “Essas discussões põem em xeque a cultura da procura direta ao especialista como símbolo de qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico” (CONASS, 2003). Assim, a proposta do SUS seria, também, um questionamento do modelo de assistência existente até então. Na década de 1990, o modelo assistencial passa a dar ênfase à atenção básica como porta de entrada preferencial no sistema de saúde. A forma de implementação proposta foi calcada no Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua implantação iniciada em 1994, partindo da análise de algumas experiências locais consideradas bem sucedidas.

O PSF é uma forma de atuação concentrada na unidade familiar e que busca entender os determinantes sociais do processo de saúde daquela unidade, com atividades de promoção, prevenção e assistência no nível básico. A proposta era que essa ação pudesse acompanhar e garantir, por meio do referenciamento e contra-referenciamento, o acesso aos demais níveis do sistema (média e alta complexidade).

Nesse sentido, passaram a integrar o Saúde da Família as ações de controle de doenças entre elas, malária, tuberculose, hipertensão, diabetes; as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde da criança; as ações básicas de saúde da mulher; e as ações de saúde bucal.

---

46. CARVALHO, Gilson. *Fazer o marketing do SUS... a favor da vida e saúde*. 26/10/2004. [http://www.espacosaude.ufma.br/FAZER\\_O\\_MARKETING\\_DO\\_SUS.doc](http://www.espacosaude.ufma.br/FAZER_O_MARKETING_DO_SUS.doc). Acesso em: 22 de março de 2006.

Ainda hoje vários são os desafios a serem enfrentados para a efetivação dessa estratégia, entre os quais pode-se mencionar: *i*) expansão do Saúde da Família, particularmente para municípios com mais de 100 mil habitantes; *ii*) formação de recursos humanos capacitados para atuar nesse segmento; e *iii*) possibilidade de fazer o referenciamento, ou seja, de garantir o acesso aos outros níveis de atenção – média e alta complexidade.

Todas essas questões merecem tratamento amplo e aprofundado. Contudo, tendo em vista esse pano de fundo, nesta edição do boletim o foco estará voltado para as discussões da proposta de expansão do Saúde da Família e um primeiro tratamento sobre recursos humanos da área de saúde, abordando especificamente a questão no nível federal.

## 2.2 Expansão e consolidação do Programa Saúde da Família

Entre 2000 e 2001, houve um entendimento por parte do Ministério da Saúde de que o modelo de assistência à saúde da família no SUS precisava passar a um novo patamar de operacionalização. Então, em 2002, surge o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), que tem por objetivo a disseminação do Programa Saúde da Família (PSF) nos grandes centros urbanos, acima de 100 mil habitantes, e um acompanhamento mais rigoroso dos resultados obtidos. O pressuposto teórico adotado a esse respeito é o de que o PSF constitui, antes de tudo, uma estratégia para mudar a maneira como o SUS presta cuidados de saúde. Considera-se também que esse tipo de estratégia deve estar fundado em profissionais que disponham não só de uma boa capacitação técnica, mas também de uma consciência do impacto dos serviços sobre as condições de saúde da comunidade. Daí a necessidade de conferir destaque para o planejamento, o monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Em 2005, existiam em atuação no país mais de 24 mil equipes do Saúde da Família, número significativamente superior aos 13 mil de 2001.<sup>47</sup> Mas para se ter um retrato numérico mais completo da estratégia do Saúde da Família, é preciso acrescentar o número de agentes comunitários e de equipes de saúde bucal (ver tabela 1).<sup>48</sup> Ademais, para se ter uma noção mais clara do universo de atuação do Proesf, são apresentados dos dados de cobertura do Saúde da Família em 2003 (ver tabela 2). Apesar de se estar trabalhando com apenas 231 municípios, nesses residiam 90% da população naquele ano, com uma cobertura média de 22%.

TABELA 1  
**Recursos humanos da estratégia do Saúde da Família 2001/2005**  
(Em milhares)

Descrição	2001		2005	
	Número	Municípios atendidos	Número	Municípios atendidos
Equipes do Saúde da Família	13,2	3,7	24,6	4,9
Agentes comunitários	152,9	4,8	208,1	5,2
Equipes de saúde bucal	2,2	-	12,6	3,9

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.  
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#desempenho>.

47. As equipes do Saúde da Família são, em geral, compostas por médicos, enfermeiras e agentes comunitários. Algumas incluem outros profissionais de saúde, como psicólogos e assistentes sociais, entre outros.

48. Cabe destacar que as equipes de saúde bucal passam a fazer parte do Saúde da Família a partir do lançamento do Brasil Sorridente, em março de 2004. Esse programa foi comentado no nº 9 deste boletim, no qual se falou da importância dessa iniciativa, porém, mencionava-se também a dificuldade em acompanhar seu desempenho e resultados em decorrência a ausência de indicadores de acompanhamento confiáveis para isso.



TABELA 2

**Informações dos municípios acima de 100 mil habitantes**

	Porte populacional	Quantidade de municípios	População total (milhões)	Cobertura média pelo PSF (set./2003)	Meta de cobertura Proesf
Municípios acima de 100 mil habitantes	100 a 500	198	41,0	25%	70%
	500 a 2 milhões	27	23,4	23%	50%
	2 a 5 milhões	4	9,2	22%	40%
	acima de 5 milhões	2	16,5	13%	30%
	<b>TOTAL</b>	<b>231</b>	<b>90,1</b>	<b>22%</b>	<b>60%</b>

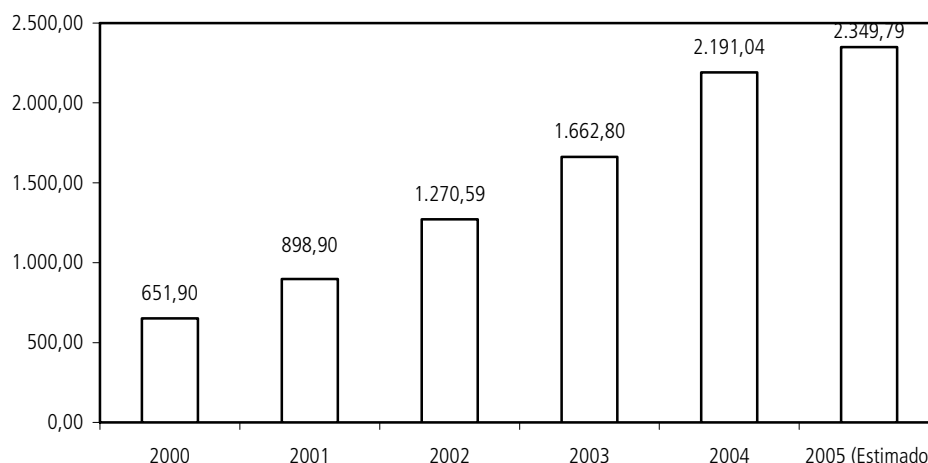
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Informe da Atenção Básica nº 18. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Proesf. Ano IV, setembro/outubro, 2003.

O Proesf pressupõe duas importantes mudanças na forma de financiamento das ações do Saúde da Família pela União: a utilização de modalidade de transferência de recursos *função a função* para a gestão municipal e a transferência assegurada de uma contrapartida aos *recursos próprios* alocados pelos municípios. Para o período 2002 a 2009, foram disponibilizados 550 milhões de dólares, sendo metade desses recursos aportados por meio de empréstimo externo (Bird) e metade proveniente do orçamento do Ministério da Saúde. O gráfico 1 mostra a evolução dos repasses do Ministério da Saúde para a estratégia do Saúde da Família a partir de 2000, que passou a contar com o reforço dos recursos do Proesf a partir de 2002.

GRÁFICO 1

**Evolução dos repasses de recursos federais para a estratégia do Saúde da Família**

(Em milhões de reais a preços correntes)



Fonte: Revista Brasileira de Saúde da Família, Ministério da Saúde, Ano VI, nº 8, dezembro de 2005.

O projeto abrange três componentes. O primeiro busca assegurar condições técnicas e financeiras para estender a estratégia do Saúde da Família aos centros urbanos de mais de 100 mil habitantes: seu objetivo principal é a reconversão do modelo de atenção básica, aumentando a oferta de ações básicas nesses centros e diminuindo o efeito das barreiras de acesso aos serviços de saúde de maior complexidade do SUS. O segundo componente é o reforço à política de recursos humanos, com vistas a aperfeiçoar os processos de formação de pessoal, de educação permanente e de medidas de valorização do trabalhador. O terceiro componente, por sua vez, apóia a estruturação e a aplicação de metodologias de monitoramento dos serviços prestados, buscando introduzir práticas sistemáticas de avaliação de processos e de resultados.

Um importante aperfeiçoamento almejado pelo Proesf é um maior rigor na avaliação de indicadores selecionados, o que pressupõe a fixação de determinadas metas ou padrões que são monitorados por cada equipe. São acompanhados por meio de doze indicadores (ver quadro 1). Há por exemplo, indicadores de processo – a média mensal de visitas por família e de consultas de pré-natal – e indicadores de resultados – relacionados à busca de maior eficácia dos serviços, diminuindo, por exemplo, o número de internações das crianças atendidas.

QUADRO 1

**Indicadores e metas do monitoramento do Proesf**

Indicadores	Meta
1. Percentual de cobertura do PSF.	Parâmetros de referência (ver tabela 2)
2. Percentual de médicos e enfermeiros do PSF em relação ao total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica.	50%
3. Percentual de ESF que tenha implementado protocolos para referência e contra-referência.	20%
4. Percentual de ESF que tenham implementado protocolos de assistência em saúde da mulher e da criança.	30%
5. Percentual de consultas especializadas (SUS) reguladas por meio da Central de Marcação de Consultas.	50%
6. Percentual de ESF (com pelo menos 6 meses de implantadas na Fase 1) que tenham recebido treinamento nas áreas geográficas do PSF.	100%
7. Percentual de trabalhadores em cargos de condução e coordenação dos serviços municipais e das ESF que tenham recebido treinamento em áreas relacionadas a planejamento, gerenciamento e organização dos serviços.	100%
8. Cadastro familiar (áreas de abrangência) atualizado no sistema de informação.	SIM
9. Média mensal de visitas domiciliares por família.	> = 0,75 visitas/família/mês
10. Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.	>= 40%
11. Taxa de internações por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de 5 anos de idade.	<=35/1.000
12. Taxa de internações por diarreia aguda em menores de 5 anos de idade.	<= 9/1.000

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento dos Indicadores do Componente I do Proesf. Brasília, DF, agosto de 2005.

A partir de informações fornecidas pelos próprios municípios participantes do Proesf, é feita uma análise da situação de cada um deles. Pelas análises feitas pela coordenação do Proesf, em novembro de 2005, em relação ao indicador *percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal*, cerca de 60% dos municípios que aderiram ao Projeto alcançaram a meta. Esses percentuais eram próximos a 70% em relação aos indicadores de internação por IRA ou por doença diarreica aguda. Contudo, a análise do indicador *média mensal de visitas domiciliares por família* já não apresentava um quadro tão favorável, com mais de 60% dos municípios não tendo alcançado a meta.

Até o final de 2005, cerca 190 dos 231 municípios com mais de 100 mil habitantes haviam aderido ao Proesf. Contudo, tendo em vista os problemas enfrentados pelo projeto, a implantação das equipes está sendo lenta, implicando uma população coberta por equipes do Saúde da Família estimada em 29,4% em 2005, sendo que a meta estabelecida para 2007 é 48%. Com isso, o Ministério da Saúde avalia que a situação em 2005 ficou abaixo da expectativa, devendo a meta para 2007 ficar em 35%. Segundo informações divulgadas pelo órgão, os principais motivos para isso seriam atrasos nas licitações, dificuldades dos municípios para lidar com o sistema de gerenciamento do Projeto e a transição política decorrente do processo eleitoral nos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).<sup>49</sup>

49. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica – Prorrogação da Fase 1 do Componente I do Proesf. 2006. <[http://www.conasems.org.br/Doc\\_diversos/NT\\_portaria\\_24\\_01\\_06.pdf](http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/NT_portaria_24_01_06.pdf)>. Acesso em: 30 de março de 2006.

Além disso, uma das maiores dificuldades vividas pelo Proesf, constantemente referida pelos gestores do SUS, tem sido a de encontrar mecanismos permanentes de formação e educação continuada de suas equipes. Desde o início, o Ministério da Saúde decidiu privilegiar a articulação com as universidades públicas para a constituição de *pólos* educacionais multiinstitucionais, em vez de incentivar a constituição de programas próprios ou específicos do SUS. Contudo, essa proposta tem mudado de feitio em cada nova gestão do órgão e esbarra em muitos obstáculos políticos, organizacionais e financeiros. Por isso, pode-se afirmar que o modelo educacional do Saúde da Família ainda se encontra em fase praticamente embrionária. Como conseqüência, os gestores municipais atualmente admitem que contar com mecanismos ágeis e eficazes de capacitação das equipes passou a figurar como um dos maiores desafios colocados para a implementação do Proesf:

Um dos grandes desafios do SUS está na questão dos recursos humanos, que também é apontada como um dos dificultadores para a expansão do PSF. A inadequação dos recursos humanos atualmente disponíveis no mercado de trabalho e a formação fragmentada dos profissionais recém egressos das universidades dificultam a inserção desses novos profissionais na proposta de Atenção Básica e da Saúde da Família (CONAS, 2003).

### 2.3 Recursos humanos federais em saúde

Nesta edição do boletim, será tratada a questão dos recursos humanos federais, motivada por um acontecimento do segundo semestre de 2005: a realização de concurso público para o provimento de vagas nos hospitais do Ministério da Saúde localizados no estado do Rio de Janeiro. Foram oferecidas 3.500 vagas para quatro instituições: Hospital Geral de Bonsucesso, Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia, Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras e Hospital dos Servidores do Estado. Anteriormente haviam sido organizados concursos para as duas agências de saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (580 vagas) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (310 vagas). Por sua vez, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) abrirá concurso em 2006, oferecendo mil vagas.<sup>50</sup> Essas medidas alinham-se com o esforço político-administrativo que o governo federal vem fazendo com o propósito de recompor seu quadro de pessoal. Com efeito, entre 2003 e 2005 foram abertas nada menos que 60 mil vagas em diversos ministérios e seus órgãos, fazendo com que a força de trabalho ativa da administração pública federal voltasse a crescer pela primeira vez desde 1990. O objetivo principal desta política, segundo anuncia o Ministério do Planejamento, é recuperar a força de trabalho de vários órgãos e substituir funcionários terceirizados ou temporários, bem como os que se aposentaram em períodos recentes.

Contudo, a gestão dos recursos humanos do Ministério da Saúde ainda tem à frente um longo caminho a ser percorrido para que sejam supridas as amplas e variadas necessidades da instituição e também para que se alcance a regularização completa da situação dos vínculos de trabalho. As carências de pessoal de nível técnico e superior, principalmente de médicos e enfermeiros, continuam muitos visíveis nos hospitais próprios do Ministério da Saúde, que se concentram no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, para não falar das funções técnicas e gerenciais, que estão presentes em todos os órgãos da administração direta e indireta.

---

50. A Fiocruz constitui exceção em relação aos demais órgãos do MS porque, desde 1996, tem promovido concursos com certa regularidade para sua carreira de Ciência e Tecnologia.

Para se entender melhor essa questão, é preciso analisar o quadro regular de pessoal do Ministério da Saúde, que compreende os servidores contratados de acordo com as normas legais vigentes (tabela 3). O que chama atenção, em primeiro lugar, é a grande dimensão dessa força de trabalho, que em 2004 alcançava cerca de 105 mil pessoas. Esse número representa algo em torno de 20% do total de servidores do Poder Executivo Federal. No entanto, 70% do pessoal regular do ministério encontra-se cedido às secretarias estaduais e municipais de saúde, que compõem o SUS nas Unidades da Federação. Portanto, essa força de trabalho, apesar de numericamente expressiva, não está disponível para o exercício de funções assistenciais e administrativas do próprio Ministério da Saúde e tem a ver com o *pacto federativo* que historicamente deu origem ao SUS. O restante do pessoal, permanente e temporário, está distribuído entre a sede em Brasília e os demais órgãos como a Fundação Nacional de Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz, as representações do ministério nas Unidades da Federação e os hospitais federais.

TABELA3

**Quadro regular de pessoal do Ministério da Saúde – 2004**

Tipo	Permanentes lotados em órgãos do MS	Permanentes cedidos a outros órgãos do SUS	Permanentes cedidos a demais órgãos	Temporários em contrato coma União	Temporários – médicos residentes	Total
Número	23.677	72.657	703	6.527	1.205	104.769
%	22,6	69,3	0,7	6,2	1,2	100,0

Fonte: CGRH/MS

Segundo dados não mostrados na tabela 3, na sede do Ministério em 2004 existiam 3.182 servidores regulares, de nível médio e superior. Por outro lado, havia 3.067 pessoas contratadas por serviços prestados, terceirização e por organismos internacionais. Portanto, praticamente, existia para cada pessoa do quadro regular uma outra do quadro chamado de *extra*. Em geral, os trabalhadores do quadro *extra* têm uma melhor remuneração do que os do quadro regular. Pode-se afirmar que esse tipo de problema não é de modo algum peculiar ao Ministério da Saúde, mas retrata o conjunto da administração pública federal: é consequência da incapacidade que teve em anos recentes o Estado brasileiro de fazer valer as normas constitucionais de seleção e ocupação dos cargos e funções públicas. Contudo, no caso do Ministério da Saúde, a situação é agravada em razão da maior disponibilidade orçamentária, que, somada às demandas criadas por seus múltiplos órgãos da administração indireta, constituem fatores que facilitam a busca de mecanismos *extras* de contratação. Além disso, poucos são os servidores de carreira que exercem as funções de Direção e Assessoria Superior (DAS), sendo eles recrutados periodicamente, a cada gestão ministerial, entre os servidores públicos de outras instituições da federação ou fora do quadro de servidores públicos.

Um dos maiores problemas encontrados é que o ministério precisa contar com um quadro de pessoal qualificado e permanente para o exercício das funções de direção, planejamento e análise, que se some ao contingente externo e temporário. Sua missão específica seria a de dar um sentido de continuidade real às políticas e métodos de gestão ao longo do tempo. Dentro da concepção original que provém das iniciativas de Reforma do Estado na década de 1990, esse requisito deveria ser atendido mediante servidores de carreiras essenciais do Estado, como a do Ciclo de Gestão. Como se sabe, são principalmente os integrantes da carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental que têm assumido esse papel e atualmente estão distribuídos

pelos diferentes ministérios. Contudo, há uma lacuna grande no que se refere ao conhecimento especializado no campo das disciplinas da saúde pública (como por exemplo na área de epidemiologia). Fazem falta, portanto, certos profissionais permanentes de carreira, com funções técnicas, abrangentes ou especializadas, no campo da saúde pública, da epidemiologia e da vigilância em saúde.

Por tudo isso, nos próximos anos, a direção do Ministério da Saúde será chamada a se concentrar nas questões de planejamento de seus recursos humanos, abrangendo não só as funções assistenciais, que ainda lhe competem, em algumas unidades integrantes do SUS, mas também as funções administrativas, finalísticas e de gestão do conhecimento.

### 3 Financiamento e gastos

#### Acompanhamento da Emenda Constitucional nº 29

Nas últimas edições deste boletim, foi dedicada nesta seção atenção especial às questões da Emenda Constitucional nº 29. Na edição nº 10, tentou-se apresentar, de modo tão didático quanto possível, a complexidade inerente à interpretação da emenda. Em razão principalmente de dois grandes dissensos – em torno, da definição acerca de quais gastos podem ser considerados como *Ações e Serviços Públicos de Saúde*, e da base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos, o embate *base fixa* versus *base móvel* –, pode-se concluir, tanto pelo cumprimento quanto pelo desrespeito à emenda por parte do governo federal, para um mesmo exercício.<sup>51</sup>

Na edição n. 11, foram discutidos alguns importantes dados publicados pelo Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), sobre o acompanhamento da EC nº 29 nas esferas subnacionais de governo. Foi apontado então que os governos municipais, em média, já alcançam os patamares mínimos prescritos pela Emenda, enquanto que os governos estaduais, apesar do significativo crescimento de seus recursos destinados a *Ações e Serviços Públicos de Saúde*, ainda não cumprem os níveis exigidos pela EC nº 29.

Na mesma edição, foi endossado o alerta realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), no Acórdão nº 957, de 13 de julho de 2005, a respeito do sério risco de descumprimento à emenda no ano de 2005, uma vez que as dotações iniciais do Ministério de Saúde eram claramente insuficientes. E acrescentou-se a esse alerta a polêmica acerca do crédito adicional de R\$ 1,2 bilhão ao Ministério da Saúde para o programa de transferência direta de renda – o Bolsa Família:

---

51 “A primeira interpretação defende que o termo *apurado* deve ser entendido como *empenhado*, à semelhança do que foi definido pela Emenda para o ano 2000. Este entendimento é conhecido como *critério de base móvel*, porque dessa forma a base de cálculo sempre será o volume de recursos efetivamente aplicado no ano anterior, exceto quando esse for inferior ao respectivo piso mínimo calculado – o que configuraria uma situação de desrespeito à emenda. Essa interpretação é compartilhada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Tribunal de Contas da União (TCU), entre outros. A segunda defende que o termo *apurado* deve ser entendido como *calculado*, ou seja, o valor mínimo para determinado ano será o valor mínimo calculado para o ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Essa interpretação é conhecida como *critério de base fixa*, pois ao considerar como base de cálculo não a execução efetiva do ano imediatamente anterior, mas sim o piso calculado, os recursos previstos para *Ações e Serviços Públicos de Saúde* são, em cada ano, sempre correspondentes ao valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e corrigido pela variação nominal do PIB acumulada no período. Tal entendimento é defendido, fundamentalmente, pelo Ministério da Fazenda, pela Advocacia Geral da União (AGU) e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, esse último particularmente importante na medida em que orienta os vetos presidenciais à LDO e à Lei Orçamentária” (*Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise*, nº 10, p. 71).

Embora tal recurso esteja suplementando a dotação orçamentária do Ministério da Saúde, ele não está resolvendo a insuficiência de recursos para o cumprimento da EC nº 29 em 2005 – segundo a LDO, ações financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não são consideradas Ações e Serviços Públicos de Saúde. Além disso, a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde também não reconhece gastos com ações de transferência direta de renda para fins de cumprimento da Emenda.<sup>52</sup>

Nesse momento, encerrado o exercício de 2005, é necessário refletir mais uma vez sobre essas questões, e apontar que resultados podem ser obtidos. A tabela 4 revela duas ordens de problemas.

Em primeiro lugar, ao confrontar a execução orçamentária, segundo o entendimento da LDO – coluna (a) –, com o piso exigido pela Emenda, conforme o critério de *base fixa* – coluna (c) –, a conclusão seria pelo adequado cumprimento da emenda pelo governo federal. Entretanto, se o critério utilizado para o cálculo do piso for de *base móvel* – coluna (d) –, a EC nº 29 só teria sido cumprida nos anos de 2000 e 2004. Para o ano de 2006, o conflito permanece: a dotação inicial seria adequada de acordo com o critério de *base fixa*, mas insuficiente para o critério de *base móvel*.

TABELA 4

**Execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde – Ministério da Saúde, 2000 a 2005 e estimativa para 2006.**

(Em R\$ bilhões correntes)

	Exec. orçamentária em ações e serv. públicos de saúde (a) <sup>1</sup>	Exec. orçamentária em ações e serv. públicos de saúde (b) <sup>2</sup>	Base fixa(c) <sup>3</sup>	Base móvel(d) <sup>4</sup>
2000	20,4	20,4	19,3	19,3
2001	22,5	22,5	21,8	23,1
2002	24,9	24,9	23,8	25,1
2003	27,2	26,8	26,7	28,2
2004	32,7	31,9	30,8	32,6
2005	36,5	34,5	35,0	37,2
2006 <sup>5</sup>	40,0	37,9	38,4	40,1

Fonte: Siafi/Sidor

Notas: <sup>1</sup> Segundo a definição das LDOs: gastos totais do Ministério da Saúde, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

<sup>2</sup> Além das exclusões previstas na LDO, excluiu-se também nesta coluna as despesas com programas de transferência direta de renda.

<sup>3</sup> Sob o enfoque de *base fixa*, o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior.

<sup>4</sup> Sob o enfoque de *base móvel*, o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado.

<sup>5</sup> Dados da execução para 2006 correspondem à dotação inicial.

Um segundo problema, que vem se tornando crescentemente mais grave para a implementação da EC nº 29, diz respeito às ações de transferência direta de renda. Mesmo após a unificação dos programas federais no Bolsa Família, parte considerável dos gastos desse programa continua sendo contabilizada no âmbito do Ministério da Saúde, que sequer participa da gestão desses recursos. Se a execução orçamentária do Bolsa Família fosse realizada, no Ministério da Saúde, no âmbito do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP), à semelhança do que ocorre no Ministério de Desenvolvimento Social, não existiria problema – o entendimento da LDO já seria suficiente, uma vez que exclui da EC nº 29 os gastos realizados pelo FCEP. Mas não é assim que ocorre, de modo que, para acompanhar a Emenda nº 29 de forma adequada às recomendações do CNS, deve-se descontar, além do previsto na LDO, os gastos do Ministério da Saúde com ações de transferência direta de renda.<sup>53</sup>

52. *Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise*, nº 11, p. 62.

53. Uma consulta à Resolução nº 322 do CNS, de maio de 2003, especialmente às diretrizes quinta, sexta e sétima, revelará que ações típicas de assistência social não devem ser consideradas integrantes do conceito de *Ações e Serviços Públicos de Saúde*.

Ao incluir no cômputo do orçamento do Ministério da Saúde recursos voltados para as ações de transferência de renda, o quadro confirma-se particularmente grave no exercício de 2005 – a Emenda nº 29 não teria sido cumprida sequer pelo critério de *base fixa*. Não se trata de questionar a importância do Bolsa Família. O que deve ser observado é que a parcela de recursos destinada a esse programa, quando não é contabilizada no FCEP, criado para esse fim pela Emenda nº 41, gera um conflito com os recursos previstos pela EC nº 29, para ações e serviços públicos de saúde. Dependendo do entendimento e dos critérios utilizados, poder-se-á concluir que o governo federal está cumprindo duas emendas constitucionais com os mesmos recursos, ou que está deixando de cumprir a EC nº 29 ao injetar mais recursos no Bolsa Família – conflito que deveria ser evitado, uma vez que ambas as ações são indiscutivelmente importantes.

Para 2006, tal conflito continua, e mais uma vez se amplia. A dotação inicial total prevista pelo Projeto de Lei Orçamentário para o Ministério da Saúde para o corrente exercício é de R\$ 43,6 bilhões. Excluindo-se os gastos com inativos e pensionistas, juros e amortização da dívida, e com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, temos uma primeira aproximação da dotação inicial para Ações e Serviços Públicos de Saúde: R\$ 40 bilhões, de acordo com os critérios estabelecidos pela LDO. Destaque-se, porém, que a dotação do MS prevista para financiar ações de transferências diretas de renda é de R\$ 2,1 bilhões. Excluindo-se também este valor, chegamos a uma dotação inicial líquida para Ações e Serviços Públicos de Saúde de R\$ 37,9 bilhões.

Tal valor não é suficiente para atender sequer o critério de *base fixa*. Observando o critério de *base móvel*, seriam necessários créditos adicionais a partir de R\$ 2,6 bilhões. Caso contrário, essa diferença será acrescida no déficit acumulado no cumprimento da Emenda nº 29, que alcançaria então R\$ 7,1 bilhões.

#### Execução Orçamentária

Como se pode perceber a partir das próximas tabelas, o nível de execução orçamentária do Ministério como um todo foi um pouco menor em 2005 em relação a 2004, 93,5% e 95,6%, respectivamente.

Observando especificamente a composição dos recursos do órgão por fontes de financiamento, alguns pontos devem ser destacados. Primeiro, uma redução significativa dos aportes da fonte Recursos Ordinários – que reúne recursos oriundos de impostos (basicamente Imposto de Renda e Imposto sobre Produtos Industrializados) e da Desvinculação de Receitas da União (DRU). Ocorre uma redução também significativa da fonte Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), parcialmente compensada pela elevação dos recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Mas, fundamentalmente, o que merece ser destacado é a crescente especialização da fonte Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) – Pessoas Jurídicas como a principal financiadora do Ministério da Saúde.

TABELA 5

**Ministério da Saúde: execução orçamentária por fontes de financiamento – comparação entre os exercícios de 2004 e 2005**

(Em R\$ milhões correntes)

	Autorizado		Liquidado		% Exec. (liq./aut.)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Rec. Ordinários	3.124,0	2.220,8	2.696,1	1.941,5	86,3	87,4
Contr. Soc. Lucro Pes. Juríd.	12.411,9	17.125,2	11.815,1	15.952,1	95,2	93,2
Contr. Financ. Seg. Social	9.565,0	8.058,5	9.190,2	7.708,7	96,1	95,7
Contr. sobre Mov. Financ.	10.908,7	12.316,4	10.741,8	11.724,3	98,5	95,2
Demais Fontes	-36.009,6	-39.720,9	-34.443,1	-37.326,6	95,6	94,0
<b>Total</b>	<b>38.216,6</b>	<b>42.931,3</b>	<b>36.535,8</b>	<b>40.139,6</b>	<b>95,6</b>	<b>93,5</b>

Fonte: Siafi/Sidor (Coff – Prodasen)

Elaboração: Disoc/Ipea

Na tabela 6 é feita uma reorganização dos dados da tabela AY do anexo estatístico, destacando os principais programas do Ministério de Saúde em termos de volume de recursos e agregando outros por semelhança do objetivo da atuação. Como exemplo desse último caso estão os programas de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças. Pode-se, assim, ter uma dimensão da importância de alguns programas específicos. Observa-se, desde logo, que o programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial do SUS responde, isoladamente, por 50% dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde (excluído desse total o pagamento a aposentados e pensionistas, as operações especiais e o programa de apoio administrativo).

O programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial do SUS tem por objetivo ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde e é implementado majoritariamente por meio do repasse de recursos a estados e municípios para financiamento da assistência de média e alta complexidade.

Dentre os serviços financiados por meio desse programa estão ações bastante diversificadas, como as 12 milhões de internações hospitalares em 2005, o custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o custeio dos Centros Especializados de Odontologia (CEOs). Ademais, o financiamento de algumas ações e serviços da saúde é feito com recursos de mais de um programa. Esse é o caso, por exemplo, dos transplantes. O programa Doação, Captação e Transplantes de Órgãos e Tecidos se propõe, entre outras coisas, a melhorar a captação de órgãos e tecidos, organizar a fila de espera, capacitar recursos humanos e garantir aos pacientes a realização de procedimentos seguros. Contudo, a parte relativa à internação e à realização dos procedimentos de transplante é paga pelo programa de Atenção Hospitalar.

O programa Atenção Básica, segundo principal item de dispêndio, incorpora o Saúde da Família, que vem sendo analisado em quase todas as edições deste periódico. Esse programa é responsável por 16,2% dos gastos do Ministério da Saúde. Somado ao Atenção Hospitalar e Ambulatorial do SUS alcança quase 67% do gasto do MS com ações e serviços de saúde.

O terceiro maior programa em termos de orçamento é o programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 7,2% do gasto, que contém uma das ações consideradas prioritárias por este governo – o Farmácia Popular –, seguido pelo programa Transferência de Renda com Condições (6,4% do gasto) e pelos programas de Vigilância (8,9% do gasto).



Na ação do governo federal existem programas compartilhados por mais de um ministério. Esse é o caso do programa Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas. Mesmo sendo gerenciado pelo Ministério da Justiça, o Ministério da Saúde responde por 75% dos recursos alocados a esse programa, e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é responsável pela implementação da ação de atenção à saúde do indígena. No caso do Brasil Quilombola, o programa é gerenciado pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), com a atuação do Ministério da Saúde concentrada em uma ação: *atenção à saúde das populações quilombolas*. No que diz respeito aos programas Resíduos Sólidos Urbanos, sob gerência do Ministério do Meio Ambiente, e Saneamento Ambiental Urbano, sob gerência do Ministério das Cidades, a atuação do Ministério da Saúde é também por meio da Funasa.

Apesar de se estar buscando uma maior integração entre os vários órgãos que possuem ações dentro desses programas (multissetoriais), ainda há problemas não desprezíveis de coordenação, e a atuação acaba sendo segmentada de acordo com a ação que fica sob responsabilidade de cada órgão setorial. Além disso, esses programas, particularmente o último, passaram por alterações de coordenação e gerência em cada órgão setorial quando da mudança dos ministros em 2005.

TABELA 6

**Orçamento do Ministério da Saúde por programas isolados e agregados por objetivo da atuação – 2005**

Programas isolados e agregados	Autorizado (lei + créditos)	% Total 1
Atenção Hospitalar e Ambulatorial em Saúde	17.437,3	50,6
Atenção Básica em Saúde	5.574,1	16,2
Assistência Farmacêutica	2.496,2	7,2
Transferência de Renda com Condicionaisidades	2.216,5	6,4
Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária*	1.554,8	4,5
Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças**	1.519,9	4,4
Outros	1.450,3	4,2
Atenção Especializada em Saúde	786,4	2,3
Programas de atenção a grupos específicos***	585,4	1,7
Gestão	416,5	1,2
Formação e Gestão de Recursos Humanos	303,5	0,9
Assistência Suplementar	110,2	0,3
<b>Total 1</b>	<b>34.451,2</b>	<b>100,0</b>
Apoio Administrativo e Previdência de Inativos	7.758,0	
Operações Especiais	722,1	
<b>Total 2</b>	<b>8.480,1</b>	
<b>Total Geral</b>	<b>42.931,3</b>	

Fonte: Siafi/Sidor (Coff – Prodasen)

Elaboração: Disoc/Ipea, a partir da Tabela AY do Anexo Estatístico

Obs.: \*Inclui os programas de Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária.

\*\*Inclui os programas de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças.

\*\*\* Inclui os programas de atenção a populações estratégicas, a população em situação de violência, de atenção à saúde da mulher, Brasil Quilombola e Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas.

## 4 Conclusão

Em relação às doenças transmissíveis, foi destacado que o Brasil se prepara para uma possível entrada da gripe aviária. Está sendo executada uma atuação preventiva, diante de um problema potencial, como há muito não se via no país. Enquanto se prepara para enfrentar essa doença, o Brasil volta a conviver com um número de novos casos de dengue não desprezível. Além das questões relativas à organização da política de saúde, existem, também, questões quando à regulação do uso do espaço urbano, das condições inadequadas de moradia e infra-estrutura urbana de uma forma geral. Sem enfrentar

essas questões pode-se esperar que de tempos em tempos o Brasil volte a observar epidemias de dengue nos períodos mais chuvosos do ano.

Outro ponto destacado refere-se à expansão do Farmácia Popular por meio de rede comercial de farmácias e drogarias. Apesar de se considerar a capilaridade dessa rede, vários questionamentos foram colocados, entre eles, a possibilidade de controle e fiscalização das vendas, bem como se isso não seria um primeiro passo para o abandono da gratuidade na assistência farmacêutica do SUS.

Em relação às ações do Ministério da Saúde, foi analisado o Projeto de Expansão do Saúde da Família (Proesf), que tem por principal objetivo a disseminação do PSF nos grandes centros urbanos, acima de 100 mil habitantes, e um acompanhamento mais rigoroso dos resultados obtidos. Esse último ponto – monitoramento dos resultados – talvez seja um dos grandes avanços do Proesf, tendo sido estabelecidos 12 indicadores que são calculados a partir das informações prestadas pelos próprios municípios que participam do programa. Apesar de uma adesão considerável, com participação de cerca de 190 dos 230 municípios com mais de 100 mil habitantes, o indicador de cobertura populacional pelo Saúde da Família está abaixo do esperado.

Outro ponto que mereceu destaque nessa seção foi a questão dos recursos humanos federais em saúde. O fato conjuntural que motivou sua inclusão nessa edição foi a realização de concurso público para os hospitais federais. A análise mostra que, mesmo com esses concursos, há ainda um longo caminho a ser percorrido nessa área.

Quanto ao financiamento, além de manter a tradição de incluir a discussão sobre o cumprimento da EC n° 29 nesta seção do boletim, fez-se uma breve descrição da execução orçamentária do Ministério da Saúde, levantando algumas questões relativas à organização de sua programação e sobre a possibilidade de coordenação intersetorial. Esse último ponto fica mais claro quando se observa que pouco se tem avançado nesse campo naqueles programas para os quais a coordenação é fundamental: os programas multissetoriais, tais como de saneamento e de atenção a populações específicas.