

Título	SAÚDE
Autores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Título do Boletim	BOLETIM POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Ipea
Ano	2004 (n.9)
ISSN	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.

1 Conjuntura

As políticas de saúde confrontam-se, desde o início de 2004, com importantes desafios políticos e técnicos, dois dos quais merecem destaque especial: 1) os debates a respeito da desvinculação dos recursos constitucionalmente previstos para a saúde; e 2) o aguçamento dos conflitos de interesse no campo da regulação do sistema de planos e seguros de saúde.

A desvinculação dos recursos orçamentários das áreas de Saúde e de Educação constitui, nesse momento, uma intenção manifesta pelo governo nos entendimentos que vem promovendo junto ao Congresso em torno da tramitação e da aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para 2005. O governo propõe que seja feita uma emenda aos dois artigos de vinculação orçamentária na Constituição (artigos 198 e 212), com a alegação de liberar recursos para sustentar a criação de uma regra permanente de aumento do salário mínimo e para elevar as dotações orçamentárias de outros programas sociais. A divulgação da negociação deu origem a um fato político de grande relevância para o setor e deflagrou de imediato uma aliança dos seus diferentes atores sociais, que se manifestaram em uníssono contra a medida. Em 2003, o governo tentara, sem sucesso, incluir no orçamento da saúde parte dos recursos destinados às atividades do Programa Fome Zero. A nova iniciativa com vistas a reduzir os recursos orçamentários da saúde foi severamente criticada por implicar a diminuição da capacidade de atendimento por parte do Estado aos direitos sociais consagrados na Constituição, mais uma vez preteridos em nome de programas assistenciais compensatórios. Foi identificado, igualmente, que a medida relaciona-se com as atuais políticas fiscais restritivas que visam assegurar o alcance das metas de superávit primário acordadas com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Em uma das notas de protesto divulgadas por entidades da sociedade civil contra a proposta, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) afirma que “a vinculação dos recursos sociais tem sido, recorrentemente, burlada pelos governos, seja por meio de subterfúgios, como a tentativa de inclusão de outros programas assistenciais no orçamento da saúde, seja pela aprovação e renovação de medidas que permitem a retirada de parte dos recursos sociais para serem usados pelo governo em outras ações”.

Contudo, é em outro campo, o da regulação do sistema de saúde suplementar, que se situa a pendência político-institucional que maior repercussão vem alcançando na mídia e diante da opinião pública. O embate diz respeito ao percentual de reajuste que deve ser aplicado às mensalidades dos planos de saúde contratados com anterioridade à entrada em vigência da lei de 1998 que regula o setor. Quanto a esse aspecto, a eficácia da regulação do setor pelo Estado vem sendo submetida a um duro teste, tendo em vista que o Supremo Tribunal Federal expediu uma liminar determinando que os poderes atribuídos pela lei à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) só poderiam ser aplicados aos contratos assinados a partir de 1999. Fundadas

nessa decisão, as operadoras passaram a adotar a prática de romper os contratos antigos sem ouvir os usuários, ou de reajustar as mensalidades desconsiderando os índices definidos pela ANS; em alguns casos, limitavam até o tempo de internação hospitalar para esses clientes.

A ANS elaborou programas de adaptação e migração dos planos antigos para os novos, a fim de proteger os usuários com referência aos critérios da lei que regulamentou o setor e estatuiu que os planos antigos só poderiam ser reajustados no percentual máximo de 11,75%. Ademais, entrou com pedido de medida cautelar contra certas operadoras que estavam aplicando percentuais variáveis de reajuste de tarifas, situados entre 45 e 85%. A liminar foi concedida e veio beneficiar a cerca de 500 mil clientes com reajustes limitados ao percentual preconizado pela ANS. A decisão definitiva, para o conjunto das operadoras que mantém esses contratos antigos, está ainda aguardando pronunciamento da Justiça.

2 Acompanhamento de políticas e programas

Quatro aspectos marcaram o campo da saúde no que diz respeito às suas estratégias, aos princípios gerais e à definição de prioridades do Ministério da Saúde: 1) a divulgação do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em dezembro de 2003), que delineou, por meio do processo de ampla participação social, as grandes diretrizes nacionais para a área; 2) a definição das prioridades e dos programas específicos por parte do Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Saúde; 3) a revisão do Plano Plurianual de governo (PPA); 4) a priorização de ações relativas às farmácias populares, à atenção de urgência e emergência, em especial o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu), e à política “Brasil Sorridente”.

A definição de prioridades do conjunto das políticas públicas da saúde está atualmente marcada pela contribuição da participação popular, mediante as deliberações resultantes da Conferência mencionada, realizada em dezembro de 2003, como também por meio do planejamento estratégico governamental, conduzido pelo Ministério da Saúde, que levou à elaboração do Plano Nacional de Saúde no primeiro semestre de 2004.

A 12ª Conferência Nacional destacou o preceito constitucional de que o direito à saúde depende essencialmente da efetivação de políticas sociais e econômicas que assegurem o desenvolvimento econômico sustentável, a melhor distribuição de renda da população e a alocação de recursos governamentais para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. No acesso aos serviços de saúde, foi sublinhado que ainda há muito a ser feito para assegurar ações de atendimento integral com qualidade a toda a população, condição indispensável para fazer do Sistema Único de Saúde (SUS) um recurso eficaz no cumprimento da universalidade da atenção à saúde.

A Conferência realçou também a relevância do vínculo originário estabelecido pela Constituição de 1988 entre o SUS e a Seguridade Social. Diz-se que pouco ou nada foi feito desde então para propiciar um relacionamento orgânico entre ambos, visando à aplicação em conjunto dos princípios de universalidade, solidariedade, equidade e redistribuição da riqueza. Foi destacado, desse modo, que a construção plena do SUS “envolve a retomada da Saúde como integrante da Seguridade Social”. O sistema de Seguridade Social deveria ser implementado, tal como prevê a Constituição, como uma responsabilidade da sociedade e do Estado, com a devida articulação das políti-

cas de saúde, assistência social e previdência, organizando e ampliando a rede de proteção social para assegurar os direitos sociais da população e combater a exclusão. Nesse sentido, um aspecto decisivo, realçado pela Conferência, é o do financiamento. Constatou-se que, em 2002, dezessete estados e 41% dos municípios não gastaram o que deveriam nas ações e nos serviços públicos de saúde, de acordo com o mínimo previsto pela Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29).

Com a elaboração do Plano Nacional de Saúde, em documento de mais de duzentas páginas, o Ministério da Saúde logrou detalhar, no plano técnico, um conjunto minucioso de prioridades e programas a serem implementados no período 2004-2007, considerando tanto os objetivos de operacionalização do Sistema Único de Saúde quanto os de regulação dos planos e dos seguros de saúde.

O Plano delinea, entre outras, ações de coordenação, acompanhamento e incentivo no âmbito do SUS, visando à redução da mortalidade infantil e materna e ao controle das principais doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Destaca também as ações de assistência que devem ser prestadas a grupos populacionais especiais, tais como os portadores de deficiência e os povos indígenas. Especial ênfase é dada à estratégia de Saúde da Família (SF), como um fortalecedor da atenção básica e um indutor de mudanças no conjunto do SUS. O foco da atenção na SF é, por princípio, colocado na família e não no indivíduo, no agir preventivo e na promoção da saúde e não na demanda da população por tratamento, fazendo que seja possível resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população. O Ministério da Saúde vem apostando na expansão dessa estratégia para alcançar todos os municípios brasileiros e para que tenha presença decisiva na rede assistencial das cidades de mais de 100 mil habitantes.

Entre as ações ou as diretrizes, definidas no Plano, que requerem investimentos consideráveis de recursos e que estão sendo incorporadas na proposta da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2005, encontram-se:

- implementar a suficiência nacional em imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e insumos estratégicos;
- implantar farmácias populares destinadas à oferta de medicamentos a preços reduzidos;
- reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial;
- promover a identificação e a implementação de modalidades alternativas à atenção hospitalar; e
- fortalecer e qualificar a atenção básica, ampliando o Programa de Saúde da Família para as cidades acima de 100 mil habitantes.

O ano de 2004 ainda foi marcado pela revisão do PPA 2004-2007, sendo a primeira vez que essa etapa foi incorporada ao processo de elaboração do Plano, visto que, anteriormente, as alterações só eram feitas ao fim do período de quatro anos. No caso do Ministério da Saúde, a revisão do PPA não apresentou grandes alterações nos programas e nas ações. As novidades ficaram por conta do destaque dado a algumas ações que se tornaram prioridade de governo para 2005, destacando-se a instalação das farmácias populares e a atenção de urgência e emergência.

Anunciado durante a campanha presidencial, o Programa Farmácia Popular, após longo período na incubadora, começou a ser implantado no primeiro semestre de 2004. O Programa tem como principal objetivo oferecer alternativas para ampliar o acesso a medicamentos, seja por meio da implantação de uma rede de Farmácias Populares do Brasil, que venderão medicamentos a preço de custo, em parceria com governos municipais e hospital filantrópico, seja pela oferta de medicamentos, a preços subsidiados, na rede privada de drogarias e farmácias. O Programa é composto por um conjunto de ações cujas intenções são de grande mérito. Entretanto, o Programa não pode ser entendido como um aperfeiçoamento da assistência farmacêutica do SUS, pois a população prioritária não é a que recebe atendimento por meio dos programas de assistência do SUS, mas sim a população que, por opção ou por não ver alternativa – até mesmo no SUS –, tem de recorrer ao mercado para, com seus próprios recursos, adquirir os medicamentos de que necessita. As medidas têm mérito, embora a adequação seja discutível.

As farmácias com *layout* e instalações padronizadas serão inicialmente implantadas em quatro capitais: São Paulo (20 unidades); Salvador (6); Rio de Janeiro (2); e Goiânia (1). Posteriormente, serão implantadas em cada um dos municípios-núcleo das demais regiões metropolitanas. Na rede de hospitais filantrópicos, a previsão é que sejam instaladas até cem farmácias em hospitais das regiões metropolitanas, e até 330 em hospitais, com mais de cem leitos, situados fora das regiões metropolitanas.

Tais farmácias colocarão à venda noventa tipos de medicamentos, (a maioria, 67, oriunda da produção de rede de laboratórios oficiais, e os demais a serem adquiridos no mercado). Segundo o Ministério da Saúde, a margem de redução de preços será de 40% a 90% dos preços praticados no mercado.

O Ministério da Saúde repassará recursos para a implantação e a manutenção das farmácias geridas em parceria com municípios, empresas públicas e hospitais filantrópicos. Toda a logística de aquisição e distribuição ficará a cargo da Fundação Oswaldo Cruz, que poderá, até mesmo, implantar farmácias e contratar diretamente pessoal para operação.

Outra linha de oferta de medicamentos a preços reduzidos será implementada com o apoio da rede de 45 mil farmácias e drogarias existentes no país. Medicamentos para o tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, cujas necessidades de tratamento são estimadas em 3,9 milhões e 16,8 milhões de casos, respectivamente, serão colocados à venda a preços subsidiados, a partir de acordos com os fornecedores e com a rede de farmácias.

A assistência farmacêutica do SUS, por sua vez, tem um orçamento autorizado de cerca de R\$ 3,6 bilhões em 2004. Esses recursos são divididos em diversos programas: cerca de R\$ 1,6 bilhão destina-se a medicamentos de programas denominados como estratégicos, nos quais se incluem o combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids e a aquisição de vacinas; R\$ 763 milhões são repassados aos estados para a aquisição de medicamentos excepcionais, como hormônio de crescimento; R\$ 882 milhões para medicamentos para o câncer e custeio dos medicamentos cobrados em separado nas internações; R\$ 208 milhões para medicamentos de combate a coagulopatias; e R\$ 193 milhões para a assistência farmacêutica básica, que são repassados para municípios. No SUS, atualmente, há menor probabilidade de

faltar medicamentos considerados estratégicos ou excepcionais que para o tratamento ambulatorial, mesmo que básico.

O Programa Farmácia Popular tem sofrido críticas. Um dos questionamentos refere-se a um aspecto fundamental do SUS: a gratuidade dos serviços. A questão colocada é: até que ponto a iniciativa não representa o primeiro passo para acabar com a gratuidade irrestrita do serviço?

Outra questão, de cunho mais pragmático, é: por que não investir no aperfeiçoamento dos programas de assistência farmacêutica do SUS para aumentar a cobertura? E ainda: como garantir que os recursos destinados à Farmácia Popular não entrem em competição com aqueles direcionados para a assistência farmacêutica do SUS?

Todavia, a crítica mais contundente diz respeito a uma das estratégias escolhidas – implantação de uma nova rede em vez de utilizar a enorme rede de farmácias e drogarias existentes. Com custos de implantação e operação financiados pelo Ministério da Saúde, ainda que por tempo limitado, essa rede terá, inevitavelmente, limites de cobertura em decorrência dos custos de operação e da logística de abastecimento. Ou seja, o Programa – nessa linha de ação – pode estar condenado a ser apenas uma vitrine, em razão da impossibilidade e até mesmo da contra-indicação de uma ampla disseminação.

Além da ação referente às Farmácias Populares, o governo federal propôs a reestruturação da atenção de urgência e emergência, criando, entre outros serviços, o Samu/192. Por meio de uma central de regulação do Samu/192, o médico atende à chamada de socorro, faz a triagem e decide o destino do paciente, que pode ser desde uma simples consulta por telefone até o acionamento do serviço de ambulâncias e posterior encaminhamento para hospitais, a partir de informações sobre a disponibilidade de leitos de emergências. Inicialmente, estão previstos dois tipos de ambulâncias: a) de Suporte Básico, para transporte até o hospital quando não for caracterizada a necessidade de atendimento médico no local e/ou durante o transporte; e b) de Suporte Avançado, destinado ao atendimento e ao transporte de pacientes que necessitam de cuidados médicos intensivos no local e/ou durante o transporte. Atualmente, 95 municípios são atendidos pelo serviço, em um total de 29,3 milhões de pessoas.

Lançado em março de 2004, o “Brasil Sorridente” é uma política que engloba várias ações do Ministério da Saúde com objetivo de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. A principal ação consiste na ampliação das Equipes de Saúde Bucal. Em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com financiamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 24 milhões de brasileiros não teriam sequer um dente. As desigualdades sociais estão refletidas, também, nesse contexto, visto que o percentual de pessoas sem dentes é maior entre a população com até três bens no domicílio: 17,5% contra 5,9% entre aqueles com mais de oito bens no domicílio (número de bens utilizados como uma aproximação para a situação socioeconômica). Dados como esses revelam a importância da expansão da atenção à saúde bucal.

Há, contudo, um problema para acompanhamento da política “Brasil Sorridente”, visto que não existem indicadores confiáveis para isso e seriam necessárias pesquisas específicas. Aliás, esse problema não é exclusivo dessa política, aplicando-se, também, a outros programas e ações, como a própria atenção às urgências e emergências e às farmácias populares. A melhoria da qualidade das informações não de-

pende somente do Ministério da Saúde, mas, também, dos estados e dos municípios que são os responsáveis últimos pela implementação das ações de atenção à saúde. Além disso, os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados para a importância das informações que prestam. Na etapa de revisão do PPA, referente aos indicadores de programas, os problemas enfrentados foram, em geral, de duas ordens: *i*) ausência de informações para construção do indicador melhor expressaria os objetivos dos programas; ou *ii*) informações pouco confiáveis ou inconsistentes. Apesar do grande número de informações hoje existentes no Ministério da Saúde e dos avanços já obtidos, é necessário aumentar os investimentos nessa área para que se possa realizar o efetivo monitoramento dos programas e das ações desse ministério. A Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde vem fazendo significativo esforço nesse sentido.

3 Financiamento e gasto

O índice de execução da pasta da Saúde ficou em 45,4% no primeiro semestre de 2004 – ou seja, acima do patamar alcançado, em média, pelos programas não-financeiros do Orçamento da União. Esse desempenho é liderado não apenas pelas despesas de Pessoal, mas também pelas Transferências a Estados e Municípios e pelas Outras Despesas Correntes. Em outras palavras, os recursos para a manutenção do SUS, sejam aqueles transferidos fundo-a-fundo às esferas subnacionais de governo, sejam aqueles efetuados diretamente pelo governo federal, apresentam bom ritmo de execução. Aliás, deve-se ressaltar que a redução nas dotações orçamentárias para aplicações diretas em Despesas Correntes – em relação ao ano anterior – é mais que compensada pela elevação nas Transferências a Estados e Municípios, fruto da descentralização que continua seu curso.

TABELA 9

Ministério da Saúde: execução orçamentária por modalidade e natureza de despesa

(Em R\$ milhões correntes)

	2003		2004		
	Dot. Inicial	Dot. Inicial	Autorizado	Liquidado	% Exec. (Liq./Aut.)
Aplicações Diretas	14.839,4	13.482,8	14.154,4	6.205,3	43,8
Pessoal e Encargos Sociais	5.424,9	6.040,1	6.026,5	2.858,1	47,4
. Pessoal Ativo				1.688,8	
. Inativos e Pensionistas ¹				1.169,3	
Outras Despesas Correntes	8.504,0	6.066,5	6.897,8	2.993,9	43,4
Investimentos	388,3	667,9	501,8	96,0	19,1
Juros e Encargos da Dívida	212,9	245,7	245,7	69,8	28,4
Amortização da Dívida	301,3	462,6	462,6	187,6	40,6
Inversões Financeiras	8,0	0,0	20,0	0,0	0,0
Transferências	15.751,6	23.046,2	22.465,4	10.413,4	46,4
Transferências a Estados e ao DF	1.832,9	2.607,2	6.855,1	3.657,9	53,4
Transferências a Municípios	13.053,2	19.206,3	14.409,1	6.421,0	44,6
Transferências a Instituições Privadas:	326,4	366,3	600,6	195,7	32,6
Transferências ao Exterior	345,1	667,7	468,1	138,8	29,7
A Definir	193,9	198,6	132,4	0,0	0,0
Total	30.591,0	36.528,9	36.619,7	16.618,8	45,4

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)/Secretaria do Tesouro Nacional (STN); Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeiro da Câmara dos Deputados (Coff); Centro de Informática e Processamento de Dados do Senado Federal (Prodasen).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Nota: ¹Refere-se apenas ao elemento de despesa *Inativos e Pensionistas*, não ao total do respectivo programa, que inclui também outras obrigações patronais e auxílios.

Embora se verifique uma elevação sensível na dotação orçamentária para os investimentos do Ministério, a execução ainda está baixa – apenas 19,1%.¹⁹ A análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde por fontes de financiamento apresenta alguns aspectos importantes – mesmo considerando que se trata apenas do primeiro semestre e que alguns desequilíbrios visíveis agora possam ser compensados até o fim do exercício.

TABELA 10

Ministério da Saúde: execução orçamentária por fontes de financiamento

(Em R\$ milhões correntes)

	2003		2004		
	Dot. Inicial	Dot. Inicial	Autorizado	Liquidado	% Exec. (Liq./Aut.)
Rec. Ordinários	3.611,2	2.240,7	2.240,8	77,1	3,4
Oper. Créd. Ext. – em Moeda	182,6	376,2	376,2	36,1	9,6
Rec. Próprios Não-Financ.	700,1	801,5	808,2	451,7	55,9
Contr. Soc. Lucro Pes. Juríd.	8.542,9	12.022,6	12.107,9	6.406,6	52,9
Contr. Financ. Seg. Social	6.174,0	9.321,8	9.322,3	3.827,9	41,1
Contr. sobre Mov. Financ.	10.001,5	11.058,7	11.058,7	5.705,2	51,6
Demais Fontes	1.378,7	707,3	705,7	114,1	16,2
Total	30.591,0	36.528,9	36.619,7	16.618,8	45,4

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)/Secretaria do Tesouro Nacional (STN); Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeiro da Câmara dos Deputados (Coff); Centro de Informática e Processamento de Dados do Senado Federal (Prodasen).

Elaboração: Disoc/Ipea.

A participação percentual das contribuições sociais no Orçamento do Ministério aumenta significativamente, enquanto cai a dos Recursos Ordinários – e esses movimentos de sentido contrário mostram-se ainda mais intensos na execução acumulada até o presente. É interessante notar que o crescimento nominal na dotação inicial da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF) não foi suficiente pra manter sua participação no financiamento do Ministério, exigindo maiores aportes da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL) fontes vinculadas à Seguridade Social, mas não exclusivas da Saúde. Tal fato certamente reforça a necessidade de maior reflexão sobre a Seguridade Social, que muitos consideram um conceito enterrado a partir da EC nº 29, enquanto outros diriam que a prevista solidariedade financeira entre as áreas jamais ocorreu.

Ainda mais preocupante é o comportamento da fonte Recursos Ordinários. Em outros tempos, essa fonte revelava, fundamentalmente, a participação dos recursos oriundos de impostos federais – Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Os recursos da desvinculação, isto é, os recursos que eram retirados das fontes vinculadas, como as Contribuições Sociais e a Manutenção e Desenvolvimento do Ensino, integravam o Fundo Social de Emergência (FSE), depois chamado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em resumo, era possível mensurar, a

19. Refere-se aos investimentos realizados diretamente pelo governo federal. Parte das Transferências a Estados e Municípios também destina-se a investimentos – a serem realizados por essas esferas de governo. Contudo, a execução desses recursos está bastante inferior à dos investimentos de aplicação direta: as Transferências a Estados e ao DF destinadas a investimentos executaram apenas 2,8% da dotação autorizada, enquanto as Transferências a Municípios destinadas a investimentos alcançaram 5,9%.

partir das dotações e da execução orçamentária da fonte de financiamento FSE – de 1994 a 1997 – e FEF – de 1998 a 1999 –, o volume de recursos desvinculados que retornavam às diversas áreas sociais, em seus diversos Ministérios, Programas e Naturezas de Despesa.

Com a transformação do FEF em Desvinculação das Receitas da União, denominação decerto mais adequada que as anteriores, os recursos desvinculados passaram a ser executados por meio da fonte Recursos Ordinários. Ou seja, não é mais transparente, para determinada área ou programa, qual a parcela de recursos originária dos impostos gerais e qual a parcela originária da Desvinculação, uma vez que ambas agora compõem, combinadas, a mesma fonte Recursos Ordinários.

Esse preâmbulo é necessário para que fique claro por que é preocupante a execução orçamentária da fonte Recursos Ordinários no Ministério da Saúde. A dotação inicial dessa fonte no Ministério cai significativamente, mesmo em termos nominais, ou seja, a queda observada, de mais de um terço dos recursos, é ainda maior em termos reais. Isso é também indicado pela sua queda na participação percentual no orçamento do Ministério. O nível de execução orçamentária do primeiro semestre foi exageradamente baixo – apenas 3,4%. Ao lembrar-se de que é por meio dessa fonte que retornam à área social os recursos desvinculados pela Desvinculação de Receitas da União (DRU), pode-se perceber que o comportamento da fonte Recursos Ordinários – dotação inicial com forte queda em relação ao exercício anterior e execução irrisória acumulada no primeiro semestre –, constitui forte indício de que os recursos da DRU estão retornando em menor volume para o Ministério da Saúde em 2004.²⁰

Um ponto interessante é que se abriu mais espaço para ações financiadas com recursos multilaterais, o que é revelado pelo crescimento da fonte Operações de Crédito Externas, que, no caso do Ministério da Saúde, diz respeito fundamentalmente à dívida contratual em projetos e convênios com organismos internacionais. Por enquanto, apresenta ainda baixa execução.

A execução orçamentária por programas corrobora o que já foi apresentado. No geral, níveis de execução estão acima dos apresentados pelos outros ministérios sociais, com destaque para aqueles voltados para a Atenção à Saúde. O destaque negativo fica com os programas de Saneamento e os de Qualificação de Recursos Humanos do SUS.

20. Foge ao escopo desta nota checar se essa lamentável tendência restringe-se ao setor Saúde ou se ocorre nesse momento também em outras áreas sociais. Desde logo, entretanto, pode ser enfatizado que, conforme trabalho realizado pela Consultoria de Orçamentos da Câmara dos Deputados – Núcleo Previdência, Assistência e Trabalho –, a DRU retirou em 2002 R\$ 20,1 bilhões da Seguridade Social, devolvendo R\$ 15,1 bilhões por meio da execução da fonte Recursos Ordinários (Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. O impacto da DRU no Orçamento de 2003. Estudo n. 59/2003, Brasília, Coff/Câmara dos Deputados, 2003. Disponível no site da Câmara: <<http://www.camara.gov.br>> na seção Orçamento da União, subseção Estudos e Pesquisas, núcleo 7 – Previdência).