

E – Recursos

Número de profissionais de saúde por habitante – E.1	238
Número de leitos hospitalares por habitante – E.2	240
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante – E.3	242
Gasto público com saúde como proporção do PIB – E.6.1	244
Gasto público com saúde <i>per capita</i> – E.6.2.	246
Gasto federal com saúde como proporção do PIB – E.7	248
Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total – E.8	250
Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar – E.9	252
Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial – E.10	254
Valor médio pago por internação hospitalar no SUS – E.11	256
Gasto público com saneamento como proporção do PIB – E.12	258
Gasto federal com saneamento como proporção do PIB – E.13	260
Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total – E.14	262
Número de concluintes de cursos de graduação em saúde – E.15	264
Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde – E.16	266
Número de enfermeiros por leito hospitalar – E.17	268
Anexo I – Conceito de gasto público com saúde – E.6.1	270
Anexo II – Conceito de gasto federal com saúde – E.7	271
Anexo III – Conceito de gasto público com saneamento – E.12	272
Anexo IV – Conceito de gasto federal com saneamento – E.13	273
Anexo V – Conceito de renda familiar – E.9.	274

NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR HABITANTE

1. Conceituação

Número de profissionais de saúde em atividade, por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a disponibilidade de profissionais de saúde, por categorias selecionadas, segundo a sua localização geográfica.
- Expressa o número de profissionais considerados em atividade pelos conselhos regionais das categorias correspondentes.
- É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.

4. Limitações

- Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados. Alguns deles, que têm sido usados para comparação (por exemplo, pelo menos um médico por mil habitantes), não se aplicam a todas as realidades.
- Desconhece-se a existência de processos de verificação do exercício efetivo da atividade profissional, conduzidos pelos conselhos.
- Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.
- Há possibilidade de imprecisões como duplicação de registro, em decorrência do processo de consolidação nacional dos dados, que é feita por solicitação anual do Ministério da Saúde diretamente aos conselhos regionais de cada categoria profissional.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES): Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS – SIRH (a partir dos registros administrativos dos conselhos profissionais) e base demográfica do IBGE..

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de profissionais, da categoria de saúde específica}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Categoria profissional: médico, odontólogo, enfermeiro, nutricionista, médico veterinário, farmacêutico, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

**Número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes
Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2005**

Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Brasil	1,1	1,4	1,7	0,2	0,5	0,6	n.d.	0,9	1,1
Norte	0,5	0,4	0,8	0,1	0,3	0,5	n.d.	0,4	0,5
Nordeste	0,7	0,8	1,0	0,2	0,4	0,5	n.d.	0,4	0,5
Sudeste	1,6	2,0	2,3	0,3	0,5	0,7	n.d.	1,3	1,6
Sul	1,1	1,4	1,7	0,3	0,5	0,7	n.d.	0,9	1,2
Centro-Oeste	1,0	1,2	1,7	0,3	0,4	0,7	n.d.	0,9	1,3

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES – Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e base demográfica do IBGE.

O número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes tem aumentado em todas as regiões do país no período analisado. Observa-se maior concentração de médicos e odontólogos na região Sudeste, seguida pela região Sul e Centro-Oeste, enquanto que a distribuição de enfermeiros é mais uniforme. Em todas as regiões, o número de médicos por mil habitantes é muito superior ao de enfermeiros, quase três vezes na média nacional.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES POR HABITANTE

1. Conceituação

Número de leitos hospitalares públicos e privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares e a população residente na mesma área geográfica.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas. Em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na oferta de leitos hospitalares públicos e privados, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

4. Limitações

- Inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, o que altera a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.
- Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e base demográfica.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de leitos hospitalares}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Esfera administrativa: pública e privada.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de leitos por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Total		
	1990	1999	2005	1990	1999	2005	1990	1999	2005
Brasil	0,9	0,9	0,8	2,8	2,1	1,6	3,7	3,0	2,4
Norte	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	0,8	2,2	2,2	1,9
Nordeste	0,9	1,1	1,0	2,0	1,7	1,2	2,9	2,7	2,3
Sudeste	0,9	0,8	0,7	3,4	2,3	1,8	4,2	3,0	2,4
Sul	0,7	0,7	0,6	3,5	2,6	2,2	4,2	3,3	2,8
Centro-Oeste	1,2	1,0	1,0	3,3	2,5	1,7	4,5	3,5	2,6

Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS).

No período apresentado, observa-se a redução do número de leitos, principalmente na esfera privada. A diminuição da oferta na esfera pública é menos acentuada, com discreto aumento na região Norte. A maior oferta de leitos existente em 1990 nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste persiste em 2005, porém com menor diferencial em relação às regiões Nordeste e Norte. A oferta de leitos públicos é maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo que, na região Norte, há mais leitos públicos que privados em 2005.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES (SUS) POR HABITANTE

1. Conceituação

Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica. Não inclui os leitos privados sem vínculo com o SUS.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, bem como as políticas públicas de atenção à saúde. Entre essas, destacam-se o perfil da demanda hospitalar ao SUS, a cobertura da atenção básica à saúde e a oferta de serviços especializados (doenças não transmissíveis, agravos à saúde mental etc.).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da oferta de leitos hospitalares pelo SUS, segundo a esfera administrativa, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Exclui os leitos existentes em hospitais privados sem vínculo com o SUS, embora o indicador se refira à população total.
- Inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, alterando a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.
- Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas.
- Até 2003, o indicador tinha como fonte os hospitais participantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); a partir de 2005, passa a ser utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esta mudança de fonte pode ter introduzido discontinuidades nos valores dos indicadores.
- Critérios administrativos, como a manutenção efetuada em 2002, eliminando do cadastro hospitais que não mais apresentavam Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), podem provocar quebras na série histórica do indicador.
- Até 2003, os hospitais com atividades de ensino e pesquisa eram classificados como “universitários”, independentemente de sua vinculação ou não a universidades, não discriminando se públicos ou privados. Com a implantação do CNES, esta categoria foi extinta, sendo os hospitais universitários reclassificados como públicos ou privados, também gerando discontinuidade no indicador.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (até 2003), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (a partir de 2005) e base demográfica do IBGE..

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Esfera administrativa: público e privado (inclusive filantrópico).

8. Dados estatísticos e comentários

Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento*. Brasil e grandes regiões, 1993, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Universitário		Total		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	1993	1999	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,4	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,1	2,0	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,2	2,9	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,6	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,9	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,8	3,5	2,1

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2005); base demográfica do IBGE.

* Valor médio anual do número de leitos.

Da mesma maneira que o número geral de leitos por 1.000 habitantes, observa-se a redução da oferta do número de leitos SUS em todas as regiões, principalmente na esfera privada. Em 1993, havia maior oferta de leitos nas regiões Sul, Centro-Oeste, Sul e Sudeste; em 2005, a maior oferta passa a ocorrer nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, não pelo aumento da oferta na região Nordeste, mas pela grande diminuição ocorrida nas demais regiões.

A comparação por esfera administrativa do estabelecimento é de difícil análise neste período, pela redistribuição dos hospitais universitários em públicos e privados, ocorrida em 2003.

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia nas três esferas de governo em cada Unidade da Federação.
- Mede a participação relativa de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saúde em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. É um indicador útil para comparações internacionais – pelo fato de apresentar os dados na mesma unidade de medida do World Health Report da Organização Mundial da Saúde – e inter-regionais, por representar as três esferas de governo.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.
- No caso do gasto federal, não foram excluídos os restos a pagar cancelados (cerca de R\$ 900 milhões desde 2000).
- Não foi considerado o repasse do Governo Federal referente ao Fundo Constitucional do Distrito Federal, que se destina ao pagamento de pessoal da saúde, educação e segurança pública do Governo do DF².

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal.
- Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal.
- IBGE: Contas Nacionais – valor do PIB.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor do gasto público com saúde}^*}{\text{Valor do PIB}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

Gasto federal: Corresponde ao valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde. O valor total foi regionalizado pela SPO a partir dos registros da execução orçamentária no SIAFI. O valor não passível de regionalização foi classificado como “nacional”.

Gasto estadual: Calculado utilizando três fontes: declaração ao SIOPS, demonstrativo do Balanço do Estado e análise do Balanço do Estado pela Equipe SIOPS.

1 O conceito de gasto público com saúde está detalhado no Anexo I deste capítulo.

2 Até janeiro de 2003 o Governo Federal repassou recursos ao GDF (R\$ 424,5 milhões em 2000, R\$ 439,2 milhões em 2001, R\$ 503,2 milhões em 2002, e R\$ 60,7 milhões em 2003), quando passou a pagar diretamente a folha de pessoal do DF.

Gasto municipal: A base de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2003 é composta de mais de 94% dos municípios em todos os anos. Nos municípios para os quais não se dispunha de informações por ocasião da publicação dos dados (entre 1,8% e 5,7% dos municípios, variando de acordo com o ano), não se considerou razoável adotar a hipótese de que esses municípios pudessem não haver aplicado recursos próprios na saúde e, portanto, foi realizada uma estimativa do gasto público com saúde, aplicando-se 50% do percentual aplicado pelos municípios que enviaram os dados ao SIOPS. Este percentual foi arbitrado a partir da hipótese de que esses municípios aplicam uma parcela inferior à dos municípios que enviaram seus dados. Para se estimar a receita de impostos vinculados conforme a EC 29 para esses municípios foram adotados os seguintes critérios:

- A base de dados das receitas vinculadas conforme a EC 29/2000 foi completada a partir dos dados da Secretaria do Tesouro Nacional/MF (FPM, ITR e LC 87/96) e do FINBRA/STN/MF (IPTU, ISS, ITBI, IPVA, ICMS, IPI – Exportação e Multas e Juros de Mora de Impostos).
- Para os municípios que não informaram os dados ao FINBRA/STN foi realizada uma expansão dos valores por habitante das receitas por UF e faixa populacional. Sobre os valores estimados da receita de impostos aplicou-se metade do percentual aplicado pelos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 15 de fevereiro de 2006.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto público com saúde como proporção do PIB, por esfera de governo Brasil e grandes regiões, 2000 e 2004

Regiões	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil	1,9	0,6	0,7	3,1	1,9	0,9	0,9	3,7
Norte	2,5	1,6	0,6	4,7	1,9	2,0	0,9	4,7
Nordeste	3,2	0,9	0,7	4,8	2,6	1,4	1,2	5,1
Sudeste	1,3	0,5	0,7	2,5	1,2	0,8	0,9	2,9
Sul	1,4	0,4	0,6	2,3	1,2	0,6	0,8	2,5
Centro-Oeste	1,6	0,7	0,5	2,8	1,3	1,1	0,7	3,1

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

Em 2000, a esfera federal era responsável pela maior parte do gasto público com saúde em todas as regiões do país. Em 2004, esta proporção diminuiu, permanecendo majoritária apenas na região Nordeste e igualitária na região Sudeste. A participação relativa da esfera municipal é maior que a estadual apenas nas regiões Sudeste e Sul.

Em todas as regiões, houve crescimento dos gastos públicos estaduais e municipais com saúde no período de 2000 a 2004, enquanto que, para os gastos federais, houve diminuição.

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE *PER CAPITA*

1. Conceituação

Gasto público com saúde por habitante, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante, sinalizando a montante médio de recursos públicos disponíveis por habitante em cada Unidade da Federação.
- Mede a participação absoluta de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saúde por habitante, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- Em comparações intertemporais é necessário atualizar os valores para preços de um determinado ano por um índice, de forma a eliminar as variações devidas ao processo inflacionário e medir apenas a variação real dos valores gastos por habitante².
- No caso do gasto federal, não foram excluídos os restos a pagar que tenham sido cancelados (cerca de R\$ 900 milhões desde 2000).
- Não foi considerado o repasse do Governo Federal referente ao Fundo Constitucional do Distrito Federal, que se destina ao pagamento de pessoal da saúde, educação e segurança pública do Governo do DF3.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal.
- Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal.
- IBGE: base demográfica.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor do gasto público com saúde}^*}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}}$$

* Em reais correntes do ano.

Gasto federal: Corresponde ao valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde. O valor total foi regionalizado pela SPO a partir dos registros da execução orçamentária no SIAFI. O valor não passível de regionalização foi classificado como “nacional”.

- 1 O conceito de gasto público com saúde está detalhado no Anexo I deste capítulo.
- 2 A correção de valores anuais para comparações intertemporais deve ser feita a partir de índices de variação de preços médios, calculados através da divisão da média mensal dos índices de um ano pela média do ano anterior. No caso do IPCA/IBGE, os índices de correção de valores em relação ao ano anterior a partir do ano de 2000 são os seguintes: 2001: 6,84%; 2002: 8,45%; 2003: 14,71%; 2004: 6,60%; 2005: 6,87%. A correção de valores pelo IPCA para preços de 2005 pode ser feita através dos seguintes percentuais: 2000: 51,42%; 2001: 41,73%; 2002: 30,68%; 2003: 13,92%; 2004: 6,87%.
- 3 Até janeiro de 2003, o Governo Federal repassou recursos ao GDF (R\$ 424,5 milhões em 2000, R\$ 439,2 milhões em 2001, R\$ 503,2 milhões em 2002, e R\$ 60,7 milhões em 2003), quando passou a pagar diretamente a folha de pessoal do DF.

Gasto estadual: Calculado utilizando 3 fontes: declaração ao SIOPS, demonstrativo do Balanço do Estado e análise do Balanço do Estado pela Equipe SIOPS.

Gasto municipal: A base de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2003 é composta de mais de 94% dos municípios em todos os anos. Nos municípios para os quais não se dispunha de informações quando da publicação dos dados (entre 1,8% e 5,7% dos municípios, variando de acordo com o ano), não se considerou razoável adotar a hipótese de que esses municípios não tenham aplicado recursos próprios na saúde e, portanto, foi realizada uma estimativa do gasto público com saúde, aplicando-se 50% do percentual aplicado pelos municípios que enviaram os dados ao SIOPS. Este percentual foi arbitrado a partir da hipótese de que esses municípios aplicam uma parcela inferior à dos municípios que enviaram seus dados. Para se estimar a receita de impostos vinculados conforme a EC 29 para esses municípios foram adotados os seguintes critérios:

- A base de dados das receitas vinculadas conforme a EC 29/2000 foi completada a partir dos dados da Secretaria do Tesouro Nacional/MF (FPM, ITR e LC 87/96) e do FINBRA/STN/MF (IPTU, ISS, ITBI, IPVA, ICMS, IPI – Exportação e Multas e Juros de Mora de Impostos).
- Para os municípios que não informaram os dados ao FINBRA/STN foi realizada uma expansão dos valores das receitas por habitante, por UF e faixa populacional. Sobre os valores estimados da receita de impostos, aplicou-se metade do percentual aplicado pelos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 15 de fevereiro de 2006.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto público com saúde *per capita* (em reais correntes), por esfera de governo Brasil e grandes regiões, 2000 e 2004

Regiões	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil*	120	37	44	201	180	88	90	358
Norte	100	64	23	186	120	129	58	307
Nordeste	96	26	21	143	127	68	57	252
Sudeste	112	41	64	217	147	96	118	361
Sul	104	29	44	177	141	66	99	307
Centro-Oeste	106	46	31	183	135	119	72	326

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: base demográfica.

* Inclui o gasto federal *per capita* de R\$15 em 2000 e de R\$42 em 2004, não apropriada por Unidade da Federação.

Em 2004, a despesa com saúde por habitante foi de 358 reais nas três esferas de governo: pouco mais da metade, 180 reais, foi financiada pela União, 88 reais pelos estados e 90 reais pelos governos municipais. As regiões Sudeste e Sul receberam mais recursos federais *per capita* que as demais regiões. Em termos de gastos estaduais, o maior volume de recursos *per capita* ocorre nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto o maior volume de recursos municipais *per capita* é encontrado nas regiões Sul e Sudeste.

Entre 2000 e 2004, o maior crescimento dos gastos públicos com saúde ocorreu na esfera estadual (+137%, em média), sem considerar a inflação do período. Por região, destaca-se o crescimento dos gastos estaduais (+159%) e municipais (+171%) na região Nordeste.

GASTO FEDERAL COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal¹ com saúde, no ano considerado².

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto federal com saúde em relação ao valor total da economia (PIB).
- Indica a participação relativa dos vários itens de gasto direto e indireto com saúde, no nível federal.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público federal com saúde em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Delinear a participação da esfera pública federal da saúde no total da economia do país (PIB).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- Inexistem padrões validados sobre o conceito de gasto com saúde, o que dificulta a comparação com dados produzidos por outras fontes oficiais.
- Exclui gastos com saúde destinados a clientela fechadas, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.
- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) do Ministério do Planejamento; Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saúde*}, \text{ correspondente a itens de gasto}}{\text{Valor do PIB nacional*}} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Item de gasto: pessoal, outras despesas correntes, outros gastos diretos, transferência a estados e Distrito Federal, transferência a municípios.

1 O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

2 O conceito de gasto federal com saúde está detalhado no Anexo II deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saúde, como proporção do PIB, por item de gasto Brasil, 1994 a 2005

Itens de gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	1,94	1,95	1,65	1,80	1,69	1,85	1,82	1,85	1,85	1,73	1,78	1,76
Pessoal	0,34	0,38	0,30	0,27	0,24	0,24	0,23	0,21	0,21	0,23	0,22	0,20
Outras despesas correntes	1,37	1,27	1,04	1,12	0,82	0,79	0,67	0,64	0,59	0,48	0,34	0,31
Outros gastos diretos	0,06	0,08	0,06	0,08	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10	0,08	0,09	0,08
Transferência a estados e DF	0,12	0,12	0,07	0,09	0,10	0,13	0,20	0,23	0,26	0,29	0,41	0,45
Transferência a municípios	0,04	0,10	0,19	0,26	0,44	0,59	0,63	0,68	0,69	0,66	0,73	0,72

Fonte: IPEA/DISOC – estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

A evolução do indicador no período mostra redução percentual dos gastos com saúde em 1996, que pode ser atribuída à frustração da arrecadação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), comprometendo o nível dos gastos – o volume de gastos postergados para os exercícios seguintes como “restos a pagar”, é particularmente significativo em 1996. A recuperação nos anos seguintes não atingiu, porém, os níveis do início da série.

Observa-se também aumento acentuado e contínuo de transferências federais aos municípios, em coerência com a política de descentralização da gestão pública do setor – as transferências a municípios crescem sob a NOB 01/93, mas elevam-se velozmente a seguir, sob a NOB 01/1996. Já as transferências para estados e Distrito Federal só começam a crescer significativamente a partir de 2000. O gasto direto com pessoal apresentou-se em declínio a partir de 1995, seja devido à aceleração no ritmo das aposentadorias, seja pela restrição a reajustes salariais no funcionalismo público.

Outro ponto a ser destacado é que, à parte algumas flutuações, a redução nas Outras Despesas Correntes está sendo compensada pela elevação nas Transferências às esferas subnacionais – isto é, a redução nos pagamentos realizados diretamente aos prestadores de serviços no SUS se equivale, em termos de percentual do PIB, à elevação nas transferências “fundo-a-fundo” a estados e municípios habilitados.

Para o ano de 2003, é visível a queda nos gastos, especialmente nas Despesas Correntes, que pode ser atribuída, principalmente, a equívocos na interpretação da Emenda Constitucional 29, que acabaram reduzindo os recursos efetivamente aplicados na área de Saúde, como também ao forte ajuste fiscal realizado naquele ano. Os anos seguintes apresentam recuperação no patamar de recursos, mas insuficiente.

GASTO FEDERAL COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO GASTO FEDERAL TOTAL

1. Conceituação

Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saúde, no ano considerado¹.

2. Interpretação

Mede a dimensão do gasto federal com saúde em relação ao conjunto das despesas realizadas pelo governo federal (fiscais, seguridade social e de empresas estatais).

3. Usos

- Analisar variações temporais da distribuição percentual do gasto federal com saúde em relação ao gasto federal total, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Delinear a participação do gasto com saúde na composição do gasto público federal.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- Inexistem padrões validados sobre o conceito de gasto público com saúde, o que dificulta a comparação com dados produzidos por outras fontes oficiais.
- Exclui gastos com saúde destinados a clientela fechadas, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.
- O indicador é influenciado por variações na composição do gasto federal total, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda; Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento; Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saúde}^*}{\text{Valor total das despesas federais}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Tipo de despesa federal: proporção sobre as despesas federais totais e sobre as despesas federais não financeiras.

¹ O conceito de gasto federal com saúde está detalhado no Anexo II deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total. Brasil, 1995-2005

Ano	% sobre as despesas totais	% sobre as despesas não financeiras
1995	5,2	9,8
1996	4,4	8,4
1997	4,0	9,5
1998	3,1	8,4
1999	3,0	8,0
2000	3,3	8,7
2001	3,6	8,0
2002	3,7	7,8
2003	3,1	7,7
2004	3,5	8,1
2005	3,1	7,3

Fonte: IPEA/DISOC – estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

A participação proporcional do total de gastos com saúde, no conjunto das finanças federais, apresentou redução de 40% entre 1995 e 1999. De 1999 a 2002, há um aumento na proporção, não alcançando, porém, os valores iniciais da série. De 2003, há nova queda no indicador.

De outra parte, quando a comparação é feita com o total das despesas não-financeiras do governo federal, ainda assim observa-se uma redução proporcional dos gastos com saúde, embora em menor escala. Há um movimento aparentemente contraditório, que ocorre entre 2000 e 2004, quando a área de Saúde eleva a sua participação na despesa total e reduz a sua participação na despesa não-financeira (Tabela).

No entanto, esse quadro não necessariamente reflete uma redução do montante de recursos aplicados em saúde (que em termos nominais dobrou nesse período), mas, sim, o crescimento dos gastos totais do governo federal (que em termos nominais triplicou neste período) – especialmente os relacionados a encargos da dívida pública, o que amplia o denominador do indicador. O movimento contraditório que ocorreu entre 2000 e 2004 se explica pela redução na rubrica de amortizações e refinanciamento da dívida – de 345 bilhões em 2000 para 275 bilhões de reais em 2001, o que diminui o volume da despesa financeira e conseqüentemente, do gasto federal total.

DESPESA FAMILIAR COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DA RENDA FAMILIAR

1. Conceituação

Percentual da renda familiar mensal correspondente ao gasto com saúde, segundo item de despesa com assistência à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto familiar com saúde em relação ao total da renda familiar.
- Está associado a fatores como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária da população, cobertura e qualidade da oferta de serviços providos pelo Estado. Valores elevados podem estar relacionados, por exemplo, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e à insuficiência de serviços públicos.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do comprometimento da renda familiar com saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Analisar o comprometimento da renda familiar com assistência à saúde, por itens de gasto, segundo classes de renda.
- Contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde e proteção social, entre outras.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de interesse social.

4. Limitações

- Impossibilidade de analisar tendências temporais anteriores ao ano de 2002, devido à mudança do conceito de renda familiar.
- O indicador é influenciado por variações na composição da renda familiar, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante. Portanto, deve ser analisado em associação com informações de natureza econômica e social.
- Depende da realização de pesquisas amostrais, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor da despesa familiar mensal com saúde}^*}{\text{Total da renda familiar}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal (POF 2002-2003); regiões metropolitanas (POF 1987 e POF 1996).
- Classe de renda (em reais): Até 400, 401-600, 601-1.000, 1.001-1.200, 1.201-1.600, 1.601-2.000, 2.001-3.000, 3.001-4.000, 4.001-6.000, 6.001 ou mais e Total.
- Item de despesa com assistência à saúde: medicamentos, planos e seguros, outras (POF 2002-2003).

¹ O conceito de renda familiar está detalhado no Anexo V deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da renda familiar utilizada com Saúde, por classes selecionadas de rendimento familiar, segundo região e tipo de despesa Brasil, 2003

Regiões	Tipo de despesa	Até 400	Mais de 1.000 a 1.200	Mais de 2.000 a 3.000	Mais de 6.000	Total
Brasil	Assistência à saúde	7,13	5,52	5,49	4,50	5,32
	Medicamentos	5,41	3,07	2,19	1,06	2,16
	Planos e seguros de saúde	0,50	0,89	1,59	1,67	1,50
	Outros gastos	1,23	1,56	1,71	1,76	1,66
Norte	Assistência à saúde	6,62	4,63	3,98	2,55	4,34
	Medicamentos	5,20	2,74	1,74	0,66	2,19
	Planos e seguros de saúde	0,19	0,39	0,87	1,04	0,76
	Outros gastos	1,22	1,51	1,37	0,85	1,39
Nordeste	Assistência à saúde	5,29	5,39	6,02	4,47	5,39
	Medicamentos	4,29	3,13	2,37	1,50	2,59
	Planos e seguros de saúde	0,08	1,07	1,98	2,06	1,49
	Outros gastos	0,92	1,19	1,66	0,91	1,31
Sudeste	Assistência à saúde	9,72	5,58	5,52	5,06	5,51
	Medicamentos	6,74	3,03	2,18	1,11	2,03
	Planos e seguros de saúde	1,47	1,05	1,68	1,83	1,72
	Outros gastos	1,51	1,50	1,65	2,12	1,76
Sul	Assistência à saúde	7,58	5,79	5,50	3,15	4,96
	Medicamentos	5,95	3,13	2,25	0,77	2,13
	Planos e seguros de saúde	0,46	0,53	1,29	1,09	1,15
	Outros gastos	1,17	2,13	1,96	1,28	1,67
Centro-Oeste	Assistência à saúde	10,39	5,44	5,17	3,92	5,15
	Medicamentos	7,76	3,34	2,07	0,92	2,23
	Planos e seguros de saúde	0,33	0,50	1,30	1,39	1,17
	Outros gastos	2,30	1,60	1,80	1,62	1,74

Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003.

Pode-se observar que, em todas as regiões, o comprometimento da renda familiar com assistência à saúde decresce na medida em que aumenta a renda familiar, com exceção da região Nordeste. Em todas as situações, a maior parcela de gastos é com medicamentos, em proporção mais elevada nas classes com renda mais baixa. Já os gastos com planos e seguros de saúde aumentam com a renda familiar.

A maior proporção de gastos com medicamentos ocorre nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste; com planos e seguros de saúde, a maior proporção ocorre nas Regiões Sudeste e Nordeste, sendo esta proporção muito baixa na região Norte.

GASTO MÉDIO (SUS) POR ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. Conceituação

Gasto médio com atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), por categoria de atendimento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede o gasto médio de recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento ambulatorial básico (relativo à atenção básica definida no SUS) e de complexidade média e alta.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos que determinam o perfil da demanda ambulatorial ao SUS, além de políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto médio com atendimento ambulatorial no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência ambulatorial no âmbito do SUS.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na frequência relativa dos tipos de atendimento ambulatorial prestado, que possuem remuneração diferenciada na classificação adotada para pagamento no SUS.
- Necessita ajustes para comparação da série histórica, pois os custos são apresentados em reais correntes do ano.
- Os valores utilizados para o cálculo do indicador são valores da Tabela de Procedimentos, não incluindo incentivos e complementações estaduais e municipais.
- Tendo em vista que, a partir de 2001, os procedimentos de atenção básica passaram a não mais ter valor de referência, sendo integralmente pagos por transferências fundo a fundo e que, para os de média e alta complexidade, houve grande incremento também na transferência fundo a fundo, este indicador não foi mais atualizado.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor da despesa realizada}^*}{\text{Número total de atendimentos ambulatoriais aprovados no SUS}^*}$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Categoria de atendimento: básico, média complexidade e alta complexidade.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto médio* (SUS) por atendimento ambulatorial, por região, segundo ano Brasil, 1996 a 2000

Regiões	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	3,39	3,56	3,50	3,45	3,60
Norte	2,65	2,75	2,70	2,56	2,70
Nordeste	3,16	3,28	3,09	2,98	3,09
Sudeste	3,70	3,94	3,88	3,84	4,01
Sul	3,26	3,35	3,54	3,66	3,85
Centro-Oeste	3,15	3,19	3,08	3,18	3,24

* Valores aprovados, em reais correntes do ano.

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

O gasto médio por atendimento ambulatorial no SUS teve aumento de 4%, entre 1999 e 2000. Observa-se, em 2000, redução dos valores médios relativos ao atendimento básico, enquanto aumentou o gasto por atendimento de média e alta complexidade. A região Sul mostra tendência inversa às demais regiões. A região Norte é a que apresenta os menores valores, para os dois tipos de atendimento.

VALOR MÉDIO PAGO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS (AIH)

1. Conceituação

Valor médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede o gasto médio de recursos pagos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH).
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos que determinam o perfil da demanda hospitalar ao SUS, além de políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto médio com internações hospitalares no SUS por especialidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na frequência relativa dos tipos de atendimento hospitalar prestado, que possuem remuneração diferenciada na classificação adotada para pagamento no SUS.
- Necessita ajustes para comparação da série histórica, pois os valores pagos são apresentados em reais correntes do ano.
- Os valores utilizados para o cálculo do indicador são os da Tabela de Procedimentos, não incluindo abonos, fatores de reposição, incentivos e complementações estaduais e municipais.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH/SUS).

6. Método de cálculo

Valor da despesa com internações hospitalares no SUS, por especialidade*

Número total de internações na especialidade

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais, segundo o local de internação.
- Especialidade: clínica médica, pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia, fisiologia, reabilitação e assistência a doentes em cuidados prolongados (crônicos).

8. Dados estatísticos e comentários

Valor médio por internação hospitalar (SUS) por especialidade, segundo região e ano
Brasil, 2000 e 2005

Especialidade	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Total	409	609	281	418	333	505	484	706	450	697	381	539
Clínica médica	301	414	235	341	265	368	330	450	327	451	280	373
Pediatria	329	489	268	382	287	425	374	562	374	585	333	470
Obstetrícia	240	365	232	349	232	356	246	373	247	377	243	367
Clínica cirúrgica	652	986	420	644	475	783	738	1.070	850	1.234	646	920
Psiquiatria	1.137	1.694	680	913	1.224	1.810	1.226	2.061	897	1.040	854	1.058
Psiquiatria – hospital-dia	545	638	758	576	618	737	487	577	570	629	508	639
Cuidados prolongados (crônicos)	4.155	8.630	450	104	3.464	4.437	4.546	11.423	1.430	3.124	1.487	3.900
Reabilitação	936	904	-	-	-	813	903	973	-	-	1.060	914
Tisiologia	774	877	488	643	591	822	872	947	812	953	730	720

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Cada internação hospitalar realizada no SUS em 2000 custou, em média, R\$ 409, com variações de R\$ 281, na região Norte, a R\$ 484, na região Sudeste. Por especialidade, observam-se os limites de R\$ 232, em obstetrícia nas Regiões Norte e Nordeste, até R\$ 4.437, em cuidados prolongados também na região Nordeste. Em 2005, o menor gasto médio ocorreu em cuidados prolongados, na região Norte (R\$ 103) e o maior também em cuidados prolongados, na região Sudeste (R\$ 4.546). Entre todas as especialidades, o valor médio varia de R\$ 418, na região Norte, a R\$ 706, na região Sudeste.

Entre 2000 e 2005, há um aumento de 49% no valor médio, variando de -3% na reabilitação e 108% em cuidados prolongados. Nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e clínica cirúrgica), o aumento do valor médio situa-se em torno de 50%, com exceção da clínica médica, 37%. Pode ser observado ainda o menor valor médio da psiquiatria – hospital dia em relação à psiquiatria tradicional.

GASTO PÚBLICO COM SANEAMENTO COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saneamento, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público com saneamento no valor total da economia, sinalizando o esforço fiscal com saneamento realizado nas três esferas de governo.
- Mede a participação absoluta e relativa de cada esfera de governo no financiamento das ações de saneamento.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saneamento em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. É um indicador útil para comparações internacionais e inter-regionais, por representar as três esferas de governo.
- Analisar o financiamento dessas ações, com base na participação de cada esfera de governo no gasto total com saneamento, em relação ao total da economia (PIB).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saneamento.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saneamento se mantenha constante.
- Não leva em consideração a população beneficiada.
- Impossibilidade de analisar tendências temporais a partir de 1997, devido à interrupção do levantamento de dados.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa do setor público com saneamento}^*}{\text{Valor do PIB}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

¹ O conceito de gasto público com saneamento está detalhado no Anexo III deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) do gasto público com saneamento, segundo região e UF. Brasil, 1996

Regiões	1996
Brasil	0,34
Norte	0,33
Nordeste	0,36
Sudeste	0,36
Sul	0,14
Centro-Oeste	0,22

Fonte: IPEA/DISOC.

Os dados indicam baixos níveis de gasto público com saneamento, com menores valores nas regiões Sul e Centro-Oeste.

GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal com saneamento, segundo o item de gasto, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público federal com saneamento em relação ao valor total da economia (PIB).
- Mede a participação relativa dos vários itens de gasto direto e indireto com saneamento na esfera federal.

3. Usos

- Analisar variações temporais dos gastos federais com saneamento em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Permitir comparações internacionais dos gastos com saúde, quando somados os gastos federais de saneamento com os de saúde, visto que alguns países consideram os gastos com saneamento como parte dos gastos com saúde.
- Delinear a participação da esfera pública federal na área de saneamento em relação ao total da economia do País (PIB).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saneamento.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.
- Não leva em consideração a população beneficiada.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saneamento}^*}{\text{Valor do PIB}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Item de gasto: direto, transferências a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.

¹ O conceito de gasto federal com saneamento está detalhado no Anexo IV deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saneamento, como proporção do PIB (%), segundo item de gasto Brasil, 1994 a 2005

Item de gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	0,13	0,04	0,09	0,13	0,19	0,11	0,11	0,23	0,07	0,03	0,06	0,09
Direto	0,08	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	-	-	0,01
Transferências a estados e DF	0,01	-	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,10	0,01	-	0,01	0,01
Transferências a municípios	0,04	-	0,02	0,04	0,03	0,04	0,03	0,10	0,04	0,01	0,03	0,04
FGTS	...	0,02	0,02	0,06	0,10	0,05	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03

Fonte: Ipea/Disoc. Elaboração própria a partir do SIAFI/SIDOR, do Sistema de Contas Nacionais do IBGE e da Caixa Econômica Federal.

- Notas: 1. O aumento do percentual entre 2000 e 2001 se deve ao Fundo de Pobreza (empenho liquidado em dezembro de 2001).
2. O total pode não corresponder à soma dos itens por diferenças de arredondamento e pela existência de outras rubricas menores não destacadas.

A despesa federal com saneamento como proporção do PIB tem variado muito ao longo dos anos, mas sempre em níveis muito baixos. Entre 1994 e 2005, essa despesa oscilou entre 0,03% do PIB em 2003 e 0,23% em 2001.

Entre outros, um dos fatores que determinaram a variação do gasto com saneamento foi o aumento da alocação de recursos do FGTS a partir de 1996. A partir de 1999, os gastos com saneamento financiados pelo FGTS caem novamente, estando atualmente em patamar muito reduzido. Isso pode ser atribuído, ao menos em parte, às regras restritivas ao endividamento das esferas subnacionais, adotado no bojo da implantação da lei de Responsabilidade Fiscal e da renegociação de suas dívidas. Já a variação ocorrida entre 2000 e 2001, é devida ao crescimento do gasto com saneamento de outras fontes, particularmente recursos do Fundo da Pobreza para saneamento básico, bem como recursos ordinários aplicados pelos ministérios da Integração Regional e do Meio Ambiente.

GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO COMO PROPORÇÃO DO GASTO FEDERAL TOTAL

1. Conceituação

Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saneamento, segundo o ano considerado¹.

2. Interpretação

Mede a dimensão do gasto federal aplicada em saneamento em relação ao conjunto das despesas realizadas pelo governo federal (fiscais, seguridade social e de empresas estatais).

3. Usos

- Analisar variações temporais da distribuição percentual do gasto federal com saneamento em relação ao gasto federal total, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Delinear a participação do gasto com saneamento na composição do gasto público federal.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na composição do gasto federal total, mesmo que o gasto com saneamento se mantenha constante.
- Não fornece indicações sobre a população beneficiada.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saneamento}^*}{\text{Valor total das despesas federais}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Tipo de despesa federal: proporção sobre as despesas federais totais e sobre as despesas federais não financeiras.

¹ O conceito de gasto federal com saneamento está detalhado no Anexo IV deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saneamento, como proporção do gasto federal total Brasil, 1995-2005

Ano	% sobre as despesas totais	% sobre as despesas não financeiras
1994	0,31	...
1995	0,10	0,18
1996	0,23	0,45
1997	0,29	0,69
1998	0,34	0,92
1999	0,18	0,47
2000	0,20	0,52
2001	0,45	1,00
2002	0,13	0,29
2003	0,04	0,11
2004	0,08	0,19
2005	0,15	0,36

A despesa do governo federal com saneamento como proporção das despesas totais tem oscilado muito, variando de 0,04% em 2003 a 0,45% em 2001. Em relação aos gastos financeiros, variou de 0,11% em 2003 a 1% em 2001.

Os movimentos que ocorreram entre 2000 e 2001 deveram-se à redução do pagamento de amortizações e refinanciamento da dívida, de 345 bilhões em 2000 para 275 bilhões de reais em 2001. O aumento entre 2000 e 2001 deve-se, em grande medida aos recursos do Fundo de Combate a Pobreza que foram destinados ao saneamento – liquidados já no final do exercício, em dezembro de 2001.

NÚMERO DE CONCLUINTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

1. Conceituação

Número de concluintes de cursos de graduação em saúde por instituições de ensino superior, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a oferta potencial de novos profissionais de saúde de nível superior formados pelo sistema educacional, por categorias selecionadas, de acordo com a natureza jurídica da instituição formadora.
- É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e por políticas educacionais de ensino superior.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da oferta de novos profissionais de saúde, correlacionando-as com a evolução do número total de profissionais disponíveis¹.
- Contribuir para a análise dos efeitos das políticas educacionais na evolução do mercado de trabalho em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a formação de recursos humanos e de prestação de serviços de saúde.

4. Limitações

- Inclui os graduados que não obtêm uma posição no mercado de trabalho.
- O local de formação não necessariamente corresponde ao local em que o graduado exercerá sua função profissional.
- Por ser apresentada em forma de número absoluto, sem relação com a população, a comparação entre unidades geográficas e ao longo do tempo pode ficar prejudicada.

5. Fonte

Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP): Sistema Integrado de Informações da Educação Superior – SIEdSup.

6. Método de cálculo

Número absoluto de concluintes de cursos de graduação, no ano considerado.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal
- Esfera administrativa: federal, estadual, municipal, comunitária/confessional/ filantrópica e particular.
- Carreira: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária e Nutrição.
- Sexo: masculino e feminino.

¹ Ver o indicador “Número de profissionais de saúde por habitante” – E.1.

8. Dados estatísticos e comentários

**Número e variação de concluintes de cursos de graduação em saúde
Brasil e grandes regiões, 1999 e 2004**

Regiões	Medicina			Enfermagem			Odontologia		
	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação
Brasil	7.583	9.339	23,2	5.264	13.965	165,3	7.839	9.056	15,5
Norte	339	344	1,5	268	544	103,0	103	288	179,6
Nordeste	1.356	1.480	9,1	1.045	2.081	99,1	827	1.301	57,3
Sudeste	4.428	5.662	27,9	2.784	8.324	199,0	5.371	5.252	-2,2
Sul	1.210	1.492	23,3	899	2.322	158,3	1.228	1.677	36,6
Centro-Oeste	250	361	44,4	268	694	159,0	310	538	73,5

Fonte: Ministério da Educação/INEP – Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEDSup).

Em relação aos três cursos selecionados, houve aumento no número de profissionais graduados em todas as regiões, com exceção do número de odontólogos graduados na região Sudeste. Nas demais regiões, o crescimento do número de enfermeiros graduados foi bastante grande em todas as regiões, dobrando nas Regiões Norte e Nordeste e chegando a triplicar na região Sudeste.

O crescimento do número de médicos graduados foi menor, 23,2% no período, variando de 1,5% na região Nordeste a 44,4% na região Centro-Oeste. Para os odontólogos, a variação nacional foi de 15,5%, variando de -2,2% na região Sudeste a 179,6% na região Norte.

Dados que não constam da tabela evidenciam que, no período de 1999 a 2003, o maior crescimento do número de graduados de todas as profissões de saúde ocorre basicamente por conta da expansão do ensino privado nessa área. Para Medicina, houve aumento de 9,9% em instituições públicas e 36,0% em instituições privadas; para Enfermagem, 63,2% e 153,2%; e para Odontologia, 15,6% e 31,3%, respectivamente.

DISTRIBUIÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO DE NÍVEL SUPERIOR EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

1. Conceituação

Proporção de postos de trabalho de profissionais de saúde, segundo a esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre emprego privado e emprego público no setor saúde. Na esfera pública, mede o grau de desconcentração dos recursos humanos. Na esfera privada, mede a relação entre emprego em instituições com e sem fins lucrativos.
- É influenciado pelas políticas de regulação e financiamento dos setores público e privado de saúde, bem como por diversos aspectos do modelo assistencial adotado nesses setores.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do emprego de profissionais de saúde na esfera pública, comparadas com a esfera privada, assim como os aspectos de distribuição e desconcentração dos recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação dos profissionais do setor e sua inserção no mercado de trabalho.

4. Limitações

- Desconsidera a duração da jornada de trabalho do profissional e os postos de trabalho de profissionais autônomos (por exemplo, em consultórios privados).
- Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de postos de trabalho de uma categoria, na esfera administrativa específica}}{\text{Total de postos de trabalho da mesma categoria}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Categoria profissional: médico, enfermeiro, odontólogo e total de outros profissionais de saúde de nível superior.
- Esfera administrativa: pública (federal, estadual e municipal) e privada (com e sem fins lucrativos).
- Tipo de atendimento: com e sem internação.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de postos de trabalho de médico, enfermeiro e odontólogo em estabelecimentos de saúde do setor público (com e sem internação) Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005

Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Brasil	44,8	45,0	45,8	62,8	65,1	67,1	72,1	74,6	70,5
Norte	53,8	57,8	69,6	77,0	84,4	88,3	84,2	86,2	86,5
Nordeste	51,9	51,0	54,0	72,0	74,1	76,0	76,8	78,0	78,1
Sudeste	43,8	44,5	43,1	58,6	59,5	60,9	68,4	73,0	69,4
Sul	38,5	36,5	36,8	54,5	56,9	58,2	72,5	72,7	67,6
Centro-Oeste	43,3	44,9	48,1	70,6	72,4	74,9	74,3	70,1	54,8

Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Em todos os períodos apresentados, os estabelecimentos de saúde do setor público, com e sem internação, empregavam a maioria dos enfermeiros e dos odontólogos em todas as regiões, bem como a maioria dos médicos nas Regiões Norte e Nordeste. O setor privado destaca-se como empregador de médicos nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com especial destaque para a região Sul, onde, em 2005, apenas 36,8% dos empregos de médicos estão vinculados ao setor público. Entre 1999 e 2005, há crescimento da participação do setor público nos empregos de médicos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e uma estabilidade nas regiões Sul e Sudeste. Para enfermeiros, há crescimento, neste mesmo período, em todas as regiões, enquanto que para odontólogos há estabilidade nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste e diminuição nas regiões Sul e Centro-Oeste, sendo que, nesta última, os vínculos em estabelecimentos públicos decrescem de 74,3% a 54,8%.

NÚMERO DE ENFERMEIROS POR LEITO HOSPITALAR

1. Conceituação

Número de postos de trabalho de enfermeiro por 100 leitos em estabelecimentos com internação, segundo a esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a disponibilidade de trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar.
- É influenciado pelas políticas de regulação e financiamento dos setores público e privado de saúde, bem como por diversos aspectos do modelo assistencial adotado nesses setores.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na disponibilidade de postos de trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar, como uma *proxy* da qualidade da assistência prestada aos pacientes internados, nas esferas pública e privada.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação de enfermeiros e sua inserção no mercado de trabalho.

4. Limitações

- Desconsidera a duração efetiva da jornada de trabalho do enfermeiro, o que dificulta comparações internacionais. Estas costumam tomar o equivalente de tempo integral para os indicadores de disponibilidade de capacidade de trabalho, que é o número de empregos ajustados para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais¹.
- Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de postos de trabalho de enfermeiro}}{\text{Número de leitos hospitalares}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Esfera administrativa: pública (federal, estadual e municipal) e privada (inclusive filantrópica).

1 Segundo dados de 2002 da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do Ministério do Trabalho e Emprego, mais de 75% dos enfermeiros existentes no país trabalham 31 a 44 horas semanais, com a média individual de 37 horas. Para simplicidade do cálculo, não é feito o ajuste de horas trabalhadas.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de enfermeiros por leito hospitalar, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005

Regiões	Público			Privado			Total		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Brasil	17,8	18,7	22,2	6,7	8,2	11,4	10,0	11,5	15,0
Norte	10,8	14,2	16,3	4,7	4,7	5,6	7,5	9,4	11,8
Nordeste	13,6	13,5	16,7	5,6	7,5	10,7	8,7	10,0	13,4
Sudeste	25,1	25,9	31,7	8,2	9,9	13,5	12,4	14,1	18,6
Sul	14,7	16,9	17,5	6,3	7,2	10,0	8,0	9,1	11,5
Centro-Oeste	14,1	15,5	17,5	3,3	5,0	6,2	6,4	8,2	10,4

Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Em 2005, havia 15,0 enfermeiros para cada cem leitos no Brasil, alcançando um máximo de 18,6 na região Sudeste e um mínimo de 10,4 na região Centro-Oeste. Essa relação no setor público (22,2) alcançava mais que o dobro do setor privado (11,4). Entre 1999 e 2005, tanto o setor público quanto o setor privado melhoraram sua posição no que concerne a esse indicador, em todas as regiões. O setor público passou de 17,8 a 22,2 enfermeiros por cem leitos, enquanto o setor privado passou de 6,7 a 11,4.

ANEXO I CONCEITO DE GASTO PÚBLICO COM SAÚDE

O gasto público com saúde corresponde às despesas com ações e serviços públicos de saúde definidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. A sua composição financeira compreende:

- (i) Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados em cada esfera de governo (administração direta, autarquias e fundações); e
- (ii) Transferências negociadas de recursos a outras esferas de governo (estados e municípios) e a instituições privadas¹.

As transferências intergovernamentais são contabilizadas somente no nível de governo que as financiam, para evitar dupla entrada dos valores (na origem e na esfera receptora).

Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde. No âmbito federal excluem-se, também, as despesas com o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. Excluem-se também os gastos com saúde destinados a clientela fechada, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.

Para a União e estados são consideradas as despesas empenhadas. Para os municípios, a despesa liquidada.

Este conceito difere do definido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para os indicadores de gasto federal com saúde. A metodologia do IPEA inclui despesas dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação.

1 Fernandes, M. A. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal: 1994-96. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, 547).

ANEXO II CONCEITO DE GASTO FEDERAL COM SAÚDE

O gasto federal com saúde compreende:

- (i) Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados pelo governo federal (administração direta, autarquias e fundações); e
- (ii) Transferências negociadas de recursos a outros níveis de governo (estados e municípios) e a instituições privadas¹.

Inclui os gastos com hospitais universitários, realizados:

- (i) Diretamente pelo SUS; e
- (ii) Pelo Ministério da Educação, com residências médicas (nas unidades próprias ou não) e no apoio ao funcionamento dos hospitais de ensino.

Exclui os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde. Excluem-se, também, os gastos com saneamento básico, exceto aqueles diretamente relacionados ao controle de algum vetor específico, como drenagem e manejo ambiental para controle de malária ou dengue.

O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

Esse conceito difere do definido pelo Ministério da Saúde para os indicadores de gasto público com saúde. A metodologia deste não inclui os gastos realizados pelo Ministério da Educação com os hospitais universitários.

1 Fernandes, M. A. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal: 1994-96. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, 547).

ANEXO III CONCEITO DE GASTO PÚBLICO COM SANEAMENTO

A composição do gasto público com saneamento, em cada esfera de governo, inclui:

- (i) Despesas diretas com saneamento efetuadas pela administração pública direta e indireta, inclusive com recursos do FGTS; e
- (ii) Transferências a instituições privadas¹. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização).

O gasto municipal é estimado a partir de uma amostra de municípios (capitais dos estados e os integrantes das regiões metropolitanas, no total de 176), que respondem, em seu conjunto, por 45% de toda a execução orçamentária municipal brasileira.

A metodologia compreende a definição do perfil dos gastos sociais nos municípios integrantes da amostra, a partir de análise dos demonstrativos contábeis levantados pelo Departamento de Contas Nacionais do IBGE. O perfil consolidado por unidades da federação é aplicado aos dados gerais de execução orçamentária para o universo dos municípios brasileiros, levantados pela Secretaria do Tesouro Nacional, gerando os valores correspondentes ao gasto social municipal.

O gasto público com saneamento é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

¹ Fernandes, M. A *et al.* Gasto Social Consolidado: 1995. Brasília, Ipea, 1998 (Texto para Discussão 598).

ANEXO IV CONCEITO DE GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO

O gasto federal com saneamento corresponde à formulação e implementação de políticas para o setor, implantação e melhoria de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino de lixo, e defesa contra poluição, erosões, secas e inundações.

A sua composição financeira compreende:

- (i) Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados pelo governo federal (administração direta, autarquias e fundações), inclusive com recursos do FGTS; e
- (ii) Transferências de recursos a outros níveis de governo (estados e municípios) e a instituições privadas¹.

Exclui gastos com drenagem e manejo ambiental para controle de doenças específicas, como malária ou dengue, e com encargos da dívida (juros e amortização).

O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

1 Fernandes, M. A *et al.* Gasto Social Consolidado: 1995. Brasília, Ipea, 1998 (Texto para Discussão 598).

ANEXO V CONCEITO DE RENDA FAMILIAR

A composição de renda familiar foi alterada na POF 2002-2003, que passou a considerar tanto o rendimento monetário quanto o não-monetário. Anteriormente, só era considerada a renda monetária.

O rendimento monetário corresponde a todo e qualquer tipo de ganho monetário recebido durante o período de referência de 12 meses anteriores à data de realização da coleta das informações. Como exemplos: renda do trabalho, de transferências (aposentadorias, pensões, bolsas etc.), de aluguéis e outros rendimentos monetários (aplicações, restituições do IR, dinheiro achado etc.). O rendimento foi pesquisado para cada um dos moradores que constituiu uma unidade de orçamento rendimento.

O rendimento não-monetário corresponde à parcela equivalente às despesas não-monetárias, definidas como tudo que é produzido, pescado, caçado, coletado ou recebido em bens (troca, doação, retirada do negócio, produção própria e salário em bens) utilizados ou consumidos durante o período de referência da pesquisa e que, pelo menos na última transação, não tenha passado pelo mercado.