

ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: UMA ANÁLISE DO PERÍODO DE 2012 A 2018

Allocation of Federal Resources for the Development of the National Policy on Medicinal Plants and Phytotherapeutics: An Analysis of the Period from 2012 to 2018

Ailton Castro Pinheiro

<http://lattes.cnpq.br/509127744550963>

<https://orcid.org/0000-0003-3056-7414>

Mário Vasconcellos Sobrinho

<http://lattes.cnpq.br/7843288526039148>

<https://orcid.org/0000-0001-6489-219X>

Wagner Luiz Ramos Barbosa

<http://lattes.cnpq.br/1372405563294070>

<https://orcid.org/0000-0002-2421-8245>

DOI: 10.18829/2317-921X.2025.e57364

RESUMO

O processo de alocação de recursos financeiros da esfera federal na área da saúde é, historicamente, permeado por desafios que impactam diretamente as ações de saúde nos territórios. Tais desafios são atribuídos, principalmente, aos critérios adotados pelos governos para a transferência de recursos aos municípios e estados. Assim, a pesquisa teve como objetivo analisar o processo de alocação dos recursos federais da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no período de 2012 a 2018, a fim de revelar seus principais desafios. A pesquisa possui abordagem quantitativa exploratória. O método de análise consiste na proposição de cinco variáveis orçamentárias de alocação de recursos, com inputs e outputs manipulados com auxílio do Microsoft Excel. Os dados foram coletados nos portais de transparência do governo federal. O estudo revelou os seguintes desafios: ineficiência na alocação dos recursos financeiros e desigualdade na distribuição entre as regiões do país, com menor acesso nas regiões Amazônica e Semiárida e maior acesso no Sul e Sudeste do Brasil. O estudo recomenda, especialmente para os contextos da Amazônia e do Semiárido, a reavaliação dos critérios de alocação de recursos e das exigências de contrapartida, bem como o fortalecimento das capacidades institucionais por meio de programas de capacitação destinados aos gestores públicos da área da saúde.

Palavras-chaves: plantas medicinais, fitoterapia, políticas públicas.

ABSTRACT

The process of allocating financial resources at the federal level in the health area is, historically, permeated by challenges that directly impact health actions in the territories. Such challenges are mainly attributed to the criteria adopted by governments for transferring resources to municipalities and states. Thus, the research aimed to analyze the process of allocating federal resources under the National Policy on Medicinal Plants and Phytotherapeutics in the period from 2012 to 2018, in order to reveal its main challenges. The research has an exploratory quantitative approach. The analysis method consists of proposing five budget variables for resource allocation, with inputs and outputs manipulated with the help of Microsoft Excel. The data was collected from the federal government's transparency portals. The study revealed the following challenges: inefficiency in the allocation of financial resources and inequality in distribution between regions of the country, with less access in the Amazon and Semi-Arid regions and greater access in the South and Southeast of Brazil. The study recommends, especially for the contexts of the Amazon and the Semi-Arid regions, the reassessment of resource allocation criteria and counterpart requirements, as well as the strengthening of institutional capacities through training programs aimed at public health managers.

Keywords: medicinal plants, phytotherapy, public policies.

1 INTRODUÇÃO

A literatura produzida sobre a alocação de recursos financeiros federais na área da saúde indica que esse é, historicamente, um processo permeado por desafios para a gestão pública, o que, ao longo do tempo, prejudica o desenvolvimento de ações e serviços nos territórios (Ugá *et al.*, 2003; Souza, 2003; Mendes *et al.*, 2011; Porto *et al.*, 2007; Carnut *et al.*, 2021; Mendes *et al.*, 2022).

Esses autores tratam desse tema de forma ampla e revelam uma desigualdade na distribuição dos recursos entre as regiões do país, causada principalmente pelos critérios adotados pelos gestores federais. Essa literatura, porém, não analisa esse objeto no nível micro contábil da execução das receitas e despesas públicas, no sentido de desvelar suas complexidades, como, por exemplo, os valores aprovados na Lei Orçamentária da União, mas que não foram empenhados, liquidados ou pagos. Esse tipo de análise se torna mais adequado quando se delimita uma política pública específica.

Assim, nesta pesquisa, busca-se explorar em detalhe uma política pública na área da saúde que se propõe a contribuir com o desenvolvimento sustentável: o caso da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), instituída em 2006 pelo governo federal por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Esse instrumento normativo apresenta 17 diretrizes e articula saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social, tendo como finalidade a implementação de ações capazes de

promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (Brasil, 2006; Brasil, 2009).

O processo de alocação de recursos federais na PNPMF teve início em 2012, por meio de editais com requisitos previamente estabelecidos, nos quais os entes municipais e/ou estaduais participam e são selecionados conforme as maiores pontuações alcançadas (Brasil, 2006; Pinheiro, 2018; Pinheiro *et al.*, 2025). Diante o exposto, a pesquisa teve como objetivo analisar o processo de alocação dos recursos federais da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no período de 2012 a 2018, a fim de revelar seus principais desafios.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ALOCAÇÃO DE RECURSO FEDERAL NA ÁREA DA SAÚDE

Antes da Constituição Federal de 1988, a alocação de recursos para a saúde no Brasil era extremamente desigual entre as regiões do país. Isso ocorria, fundamentalmente, devido aos critérios adotados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Souza, 2003). A Tabela 1 mostra a desigualdade na alocação de recursos federais na saúde antes da criação do SUS.

Tabela1- desigualdade de alocação de recurso na saúde antes da criação do SUS

Regiões	Gasto sobre despesa corrente %total	População da região sobre o total (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	58,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
BRASIL	100,00	100,00

Fonte: Souza, 2003 com base nos dados do Inamps – Secretaria de Planejamento/DIS, 1987.

Pode-se verificar que a região Sudeste – com 43,79% da população e 58,28% dos recursos – foi a que recebeu, proporcionalmente, mais recursos, e que as regiões Norte e Nordeste foram as que menos receberam (Souza, 2003).

O processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha ganhado contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação

infraconstitucional subseqüente (lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras), é um movimento que começou a se estruturar já ao longo da década de 1980(Ugá *et al.*,2003 p.418).

Nesse sentido, quando se começa a se estruturar o Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, os critérios utilizados tiveram como base a lógica de financiamento e alocação de recurso do Inamps, uma instituição criada para atender um segmento específico da população (Souza, 2003). Assim, ainda em 1994 havia muitas desigualdades na alocação dos recursos do Ministério da Saúde (Souza, 2003). Essa alocação era,

extremamente influenciados pela concentração da capacidade instalada de hospitais, clínicas e laboratórios que serviam à população assistida pela previdência social. Dessa forma, os recursos destinados aos estados com maior desenvolvimento econômico e social (regiões Sul e Sudeste) foram, por décadas, de valores muito superiores aos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Souza,2003).

Em 1998, surge o critério per capita para alocação de recurso e dividiu-se o teto financeiro em dois: Atenção básica e o de Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar que teve como consequência o aumentou a quantidade de serviço nas regiões norte e nordeste (Souza, 2003).

No entanto, Ugá *et al.*, (2003) avalia que a equidade na alocação de recurso no âmbito do Ministério da Saúde foi pouco valorizada, ainda que a expansão de algumas ações, especialmente as de Atenção Básica, tenham favorecido as regiões e os segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde.

A pesquisa de Ugá *et al.* (2003), com dados de alocação de recurso pelo Ministério da saúde de 1999, mostraram que a distribuição dos Recursos federais apresentou partilhas inter-regionais e interestaduais que favorecem as regiões, com raras exceções, mais desenvolvidas.

Segundo Mendes *et al.* (2011), no tocante à distribuição de recursos deve-se reconhecer que tanto a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) no seu art.35 quanto a Lei número 8.142/90 no seu artigo 2º e 3º, dispõem sobre uma partilha mais equitativa na alocação dos recursos federais do SUS, com base na ideia de necessidade em saúde, mas isso não foi possível de aplicado ao longo da implementação do SUS.

A questão da falta de equidade na distribuição regional de recurso na área da saúde pública não ocorre só no Brasil. Em diversos países tem se feito esforço no sentido de se realizar uma forma de distribuição mais equitativa com a proposta de diferentes

metodologias. Percebe-se, portanto, a parir de experiencias internacionais e brasileira que apenas o critério per capta não é o suficiente para garantir a equidade, é preciso se pensar e propor novos critérios de alocação (Porto *et al.*, 2007).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E A SUA ESTRATEGIA DE ALOCAÇÃO DE RECURSO

Plantas medicinais e fitoterápicos vem sendo pautados como objetos de políticas públicas desde 1978 quando em Alma-Ata a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou para a importância da valorização do conhecimento tradicional sobre o uso de plantas medicinais e a dispensação dos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde.

Diante disso, em Alma Ata a OMS recomendou em 1978, aos seus países-membros, o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos sistemas de saúde (Barbosa *et al.*, 2016; Brasil, 2006). Segundo está orientação, o Brasil em 2006, instituiu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos aprovada por meio do Decreto Federal número 5.813, de 22 de junho de 2006, que contém 17 diretrizes. É uma política que integra saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico, social e tem como objetivo a implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (Brasil, 2006).

Nessa perspectiva, a política tem como uma de suas prioridades contribuir para o desenvolvimento de regiões com menos oportunidades para inclusão econômica e social como a Amazônia e o semiárido brasileiro (Brasil, 2006).

Apoiar a estruturação de arranjos produtivos locais vinculados ao setor de plantas medicinais e fitoterápicos, com ênfase nos territórios da **Amazônia** e **semi-árido** brasileiro, por meio da implementação de ações integradas de desenvolvimento regional pautadas pela busca da competitividade e da sustentabilidade socioambiental (Brasil, 2006 p.39, grifo nosso).

A ênfase nessas regiões ocorre, porque, nos diagnósticos que deram base para a construção da política pública percebeu-se que, “a Região Amazônica e o Semiárido brasileiro possuem uma rica biodiversidade que se contrapõe à existência de grandes bolsões de pobreza, caracterizando-se como espaços promissores para o desenvolvimento de iniciativas dessa natureza.” (Brasil, 2006 p.16). Com vista a atingir os objetivos da política foi aprovado pela portaria interministerial n.º 2.960 de 9 de dezembro de 2008 o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Enquanto a política nacional evidencia os órgãos que devem definir e assegurar recursos financeiros e orçamentários para a fitoterapia, o programa nacional define os gestores com responsabilidade nas execuções de ações das diretrizes relacionadas com recurso e financiamento. Ressalta-se que das 17 diretrizes dessa política o programa relaciona 11 que possui ações relacionadas a financiamentos: são as diretrizes: 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16 e 17. (Brasil, 2009).

Dos Ministérios responsáveis por ações previsto no programa nacional de plantas medicinais o MS é o que possui mais ações relacionadas ao financiamento. Das 11(onze) diretrizes ele encontra-se envolvido em 7(sete). (Brasil, 2009). Apesar de a regra de financiamento prever a responsabilidade de diferentes órgãos no processo de alocação apenas o Ministério da Saúde construiu, de fato, um mecanismo de alocação de recurso.

Assim, em 2012, o MS 2012 criou três modalidades de alocação de recurso financeiro para apoiar a inserção de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS: o apoio à Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos (AF em PMF); a estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos produtivos Locais (APLs), o desenvolvimento e registro de fitoterápicos da RENAME-DR (Brasil,2009; Pinheiro,2018).

Na modalidade de Apoio à Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o município estrutura uma Farmácia de Manipulação (FM) ou uma Farmácia Viva (FV) vinculado a sua estrutura administrativa. Assim, o município que escolher essa modalidade pode considerar em seu plano de trabalho três eixos de atuação: manipulação, dispensação e capacitação. A manipulação é opcional, sendo obrigatória a dispensação e a capacitação (Brasil,2009; Pinheiro, 2018).

Já na modalidade de Arranjos Produtivos Locais são compreendidas aglomerações de empreendimentos de um mesmo ramo, localizadas em um mesmo território, que mantém algum nível de articulação, interação e aprendizagem entre si e com os demais atores locais (Pinheiro,2018). Nessa modalidade o município desenvolve os seguintes eixos: articulação, cultivo, manipulação ou fabricação de fitoterápicos, dispensação e capacitação.

Por fim, a terceira modalidade é específica para apoiar laboratórios públicos oficiais que pretendem desenvolver ou registrar Medicamentos Fitoterápicos da lista RENAME, ou um Produto Tradicional Fitoterápico (Brasil,2009; Pinheiro,2018).

3 METODOLOGIA

A pesquisa classifica-se como quantitativa, de caráter descritivo ou exploratório (Sousa *et al.*, 2007). Os dados foram coletados nos portais de transparência do Ministério da Economia e do Ministério da Saúde. Foram obtidas as seguintes informações: leis orçamentárias da União, editais de financiamento lançados pelo Ministério da Saúde e portarias de aprovação de recursos publicadas por esse ministério.

Os dados referem-se ao total de repasses realizados no período de 2012 a 2018, correspondendo a 105 transferências federais do Fundo Nacional de Saúde para 98 secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. Tal divergência entre o número de repasses e o número de secretarias ocorre porque algumas receberam mais de um repasse nesse recorte temporal. Esse período foi escolhido porque os anos de 2019, 2020 e 2021 foram atípicos em decorrência da pandemia de COVID-19, que flexibilizou as normas orçamentárias e impactou o fluxo de repasses do governo federal. Assim, acredita-se que o período de 2019 a 2025 demande outro estudo.

Como a região do Semiárido e a Amazônia são destacadas nas diretrizes da Política como prioritárias, devido ao grande potencial farmacêutico e, ao mesmo tempo, à alta incidência de pobreza (Brasil, 2006), optou-se por destacar o processo de alocação com base na seguinte regionalização: Região do Semiárido, Região da Amazônia Legal, Sudeste (exceto as secretarias de saúde localizadas no Semiárido), Sul (exceto as secretarias de saúde localizadas no Semiárido) e outras regiões, que compreendem todas as secretarias de saúde que não pertencem ao Sudeste, Sul, Amazônia Legal ou Semiárido.

Assim, na categoria “outras” ficaram as seguintes secretarias de saúde que receberam repasses: Diorama-GO, Alagoas-AL, Ceará-CE, Distrito Federal-DF, Iguatemi-MS, João Pessoa-PB, Goiás-GO, Coruripe-AL, Goiana-PE, Horizonte-CE, Mundo Novo-MS, Recife-PE, Lauro de Freitas-BA, Carmópolis-SE e Vitória do Santo Antão-PE.

Para isso, a pesquisa considerou como referência, para identificar as secretarias de saúde do Semiárido e da Amazônia Legal, a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), construída com base na Malha Digital Municipal do ano de 2022, em que o Semiárido é composto por 1.447 municípios e a Amazônia Legal, por 772.

O método de análise consiste em cinco variáveis orçamentárias de alocação, com seus respectivos inputs (dados orçamentários de entrada) e outputs (informações de

saída), que descrevem o processo de alocação de recursos no período de 2012 a 2018. No quadro 2 a seguir, detalha-se o método.

Quadro 2-Método de análise

Variáveis Orçamentárias de Alocação	Descrição	Dados	Output
Variável 1-Orçamento disponível	Valor orçamentário aprovado na Lei Orçamentária da União em cada ano.	LOA da União: órgão 36000- Ministério da Saúde; Unidade:36901- Fundo Nacional de Saúde.	Gráfico
Variável 2-Orçamento total alocado	Valor de orçamento empenhado para as finalidades previstas na LOA da União.	Portarias de aprovação de repasse do MS.	Gráfico
Variável 3- Orçamento Total Alocado por Região	V2 detalhado para as seguintes regiões: Sudeste, Sul, Região do Semiárido, Amazônia Legal e outras regiões.	Portarias de aprovação de repasse do MS.	Gráfico
Variável 4-Quantitativo de Projetos Financiados por Região.	Evidencia a quantidade de projetos financiados para cada região.	Portarias de aprovação de repasse do MS.	Gráfico
Variável 5-Superávit Orçamentário	Mostre quanto do orçamento não foi utilizado para as	LOA da União: órgão 36000- Ministério da Saúde; Unidade:36901-	Tabela

	finalidades previstas na LOA da União.	Fundo Nacional de Saúde; e Portarias de aprovação de repasse do MS.	
--	--	---	--

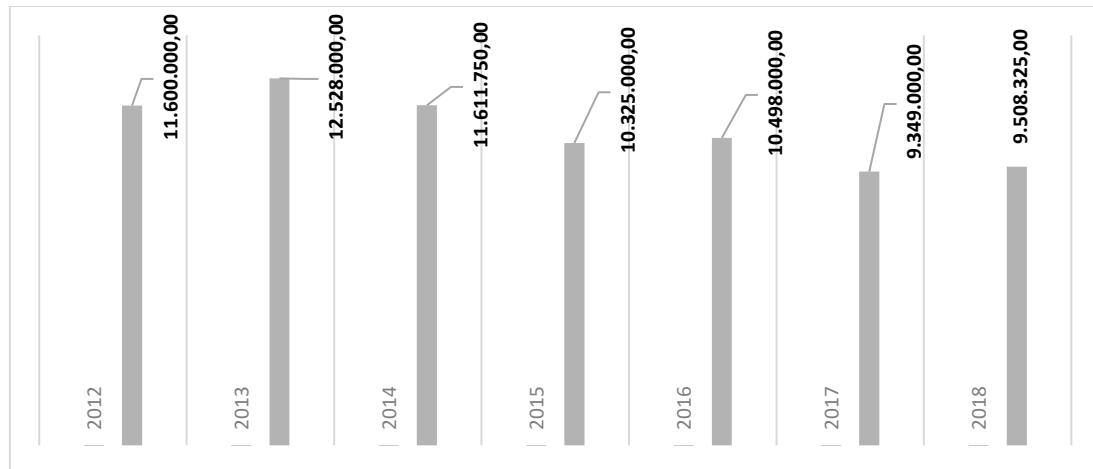
Elaborado pelos autores.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel*, através do qual foram gerados tabela e gráficos relacionados ao processo de alocação de recursos no período de 2012 a 2018. As evidências foram discutidas em consonância com a literatura científica.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Figura 1 mostra os recursos orçados pela união, anualmente, para serem alocados na área da fitoterapia.

Figura 1-Variável 1-Orçamento disponível

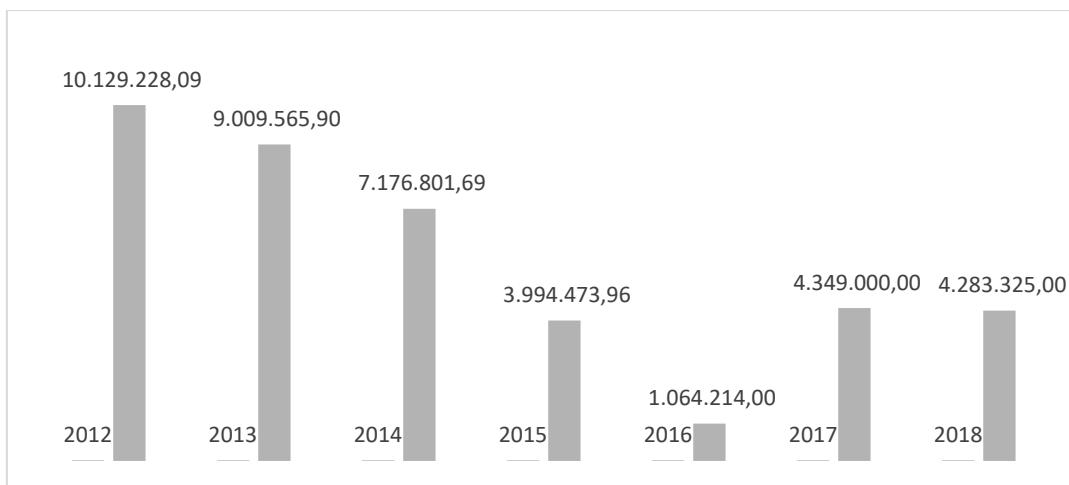


Fonte: elaborado pelos autores, dados da pesquisa (2012-2018).

Assim, de acordo com a figura (1), observa-se que a União, por meio do Ministério da Saúde (MS), disponibilizou, no período de 2012 a 2018, em média, um recurso de R\$ 10.774.296,43 para ser alocado na área da fitoterapia.

A figura 2 a seguir mostra o recurso total alocado anualmente do período de 2012 a 2018.

Figura 2-Variável 2-Orçamento Total Alocado



Fonte: elaborado pelos autores, dados da pesquisa (2012-2018).

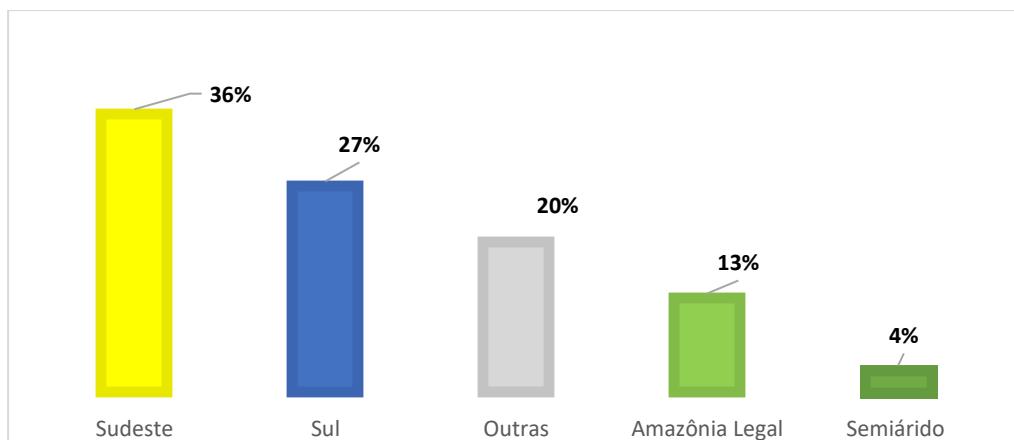
De acordo com a figura (2), anualmente houve um decréscimo nas alocações dos recursos da fitoterapia. O período de 2014 a 2016 foi o mais crítico, com quedas severas que culminaram em 2016, o ano com a menor alocação de recursos. O ano de 2017 marcou uma forte recuperação, revertendo parte da queda acentuada, embora os valores não tenham retornado ao patamar inicial.

Em 2012, o edital foi exclusivamente para financiar Arranjos Produtivos Locais (APLs). Em 2013, foram lançados dois editais: um para APLs e outro para Apoio à Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos (AF em PMF). Em 2014, o edital contemplou três modalidades de financiamento: APLs, AF em PMF e Desenvolvimento e Registro Sanitário de Medicamentos Fitoterápicos da RENAME, por meio de laboratórios públicos. Em 2015, foram lançados novamente editais para as três modalidades. Em 2016, o edital foi exclusivo para a modalidade AF em PMF, sendo específico para a região Norte. Nos anos de 2017 e 2018, os editais também foram lançados exclusivamente para AF em PMF.

Observa-se que 2015 foi a última vez em que o Ministério lançou edital para financiar os APLs, o que se configura como um dos principais entraves ao desenvolvimento territorial, a exemplo do que ocorre na Amazônia paraense, onde os atores sociais são os principais interessados em ativar projetos nessa área (Pinheiro *et al.*, 2025).

A Figura 3 mostra o comparativo da alocação do recurso entre Amazônia legal, Seminário e demais regiões no período de 2012-201

Figura 3- Variável 4-Orçamento Total Alocado por Região



Fonte: elaborado pelos autores, dados da pesquisa (2012-2018).

De acordo com a figura (3) em 7 anos de financiamento o Sudeste acessou 36% dos recursos (R\$ 14.457.781,85), Sul 27% (R\$ 10.892.121,16), Outras regiões 20% (R\$7.849.766,76) a Amazônia Legal 13% (R\$ 5.095.018,72) e o Semiárido 4% (R\$ 1.711.900,12) totalizando um valor de R\$ 40.006.678,61.

Assim, a falta de equidade na alocação de recursos federais na área da saúde, identificada por diversos autores (Souza, 2003; Ugá *et al.*, 2003; Porto *et al.*, 2007; Mendes *et al.*, 2011; Carnut *et al.*, 2021; Mendes *et al.*, 2022), também se manifesta na distribuição dos recursos por meio de editais lançados pelo Ministério da Saúde para financiar plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

A concentração da alocação de 63% nas regiões Sul e Sudeste, em detrimento de 13% na Amazônia Legal e 4% no Semiárido, evidencia um nível elevado de desigualdade alocativa e remete a patamares de desigualdade próximos aos que ocorriam antes da criação do SUS. Naquela época, essas duas regiões recebiam 73,42% de todo o recurso federal destinado à saúde (Souza, 2003).

Na época do INAMPS, dois fatores explicavam a desigualdade: a capacidade instalada e o desenvolvimento econômico e social de uma região (Souza, 2003). Isso ocorre também no caso da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, pois a Amazônia Legal e o Semiárido brasileiro, além de possuírem menor nível de desenvolvimento econômico e social, também apresentam, segundo Ribeiro (2019), menor concentração de farmácias de fitoterapia. Segundo ele, a maior concentração desse tipo de estrutura está localizada no Sul e no Sudeste.

Pinheiro (2023) relatou o caso de Marapanim-PA que por três vezes, em parceria com a universidade Federal do Pará, tentou captar o recurso e não conseguiu, porque a sua pontuação referente aos critérios do edital foi inferior às demais cidades participantes dos editais. Além disso, ele identificou que a contrapartida exigida nos editais para a prefeitura desestimula a participação dos gestores públicos da saúde, porque a prefeitura tem dificuldades financeiras.

No entanto, Marapanim-PA tem um elevado potencial etnofarmacêutico; nesse quesito, somente em um bairro, Flor (2014) identificou 91 espécie de plantas medicinais. Há também no município um movimento da sociedade civil coordenado pelo Grupo de Mulheres Erva Vida, que há mais de 20 anos produzem remédios artesanais e vendem na própria comunidade.

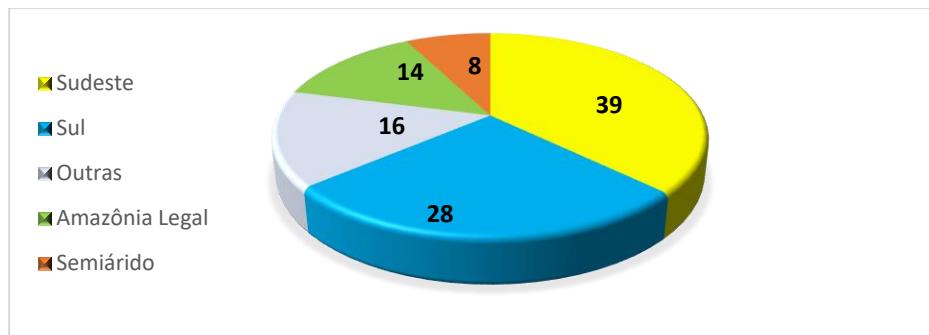
Nesse sentido, o processo atual de alocação, ainda não foi capaz de garantir o que a política prevê para essas duas regiões: contribuir na Amazônia e no Semiárido para melhorar as precárias condições sociais, econômicas e ambientais que existem nessas regiões e aproveitar a sua rica biodiversidade para contribuir para o seu desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006).

Porém, a desigualdade da alocação não é um problema que se resolve apenas mudando critérios de transferências de recursos. Isso porque, em 2016 o MS lançou um edital específico para a região norte, onde estão, grande parte das secretarias de saúde da Amazônia Legal, mesmo assim somente cinco secretarias receberam recursos: Brasiléia-AC, Manaus-AM, Macapá-AP, Abaetetuba-PA e Colinas do Tocantins-TO. Os documentos referentes a esse processo mostram que poucos municípios submeteram projetos e dos que submeteram alguns foram reprovados.

O caso de Marapanim-PA pode abrir uma luz para compreender o motivo pelo qual municípios da Amazônia Legal não enviam seus projetos. Nessa cidade, apesar de três tentativas, o ordenador de despesas da Secretaria de Saúde demorou a aceitar submeter o primeiro projeto, por dois motivos: a equipe técnica não tinha experiência com o recurso fundo a fundo e, principalmente, porque a contrapartida exigida nos editais desestimulava o ordenador, já que a secretaria já trabalha com poucos recursos (Pinheiro, 2023).

A figura 4 mostra a quantidade de projetos financiados por região, no período de 2012-2018.

Figura 4- Variável 4-Quantidade de Projetos Financiados por Região



Fonte: elaborado pelos autores, dados da pesquisa (2012-2018).

De acordo com a figura (4) no período de 2012 a 2018 às secretarias de saúde que mais aprovou aprovaram projetos estão localizadas na região Sudeste (39 projetos), em seguida Sul (28 projetos); outras regiões (16 projetos); Amazônia legal (14 projetos) e o Semiárido brasileiro (8 projetos).

A tabela 1 mostra que o valor disponível na LOA da união para financiar projetos não foi totalmente utilizado em nenhum dos anos analisados.

Tabela 1-Variável 5-Superávit Orçamentário

Ano	Superávit
2012	R\$ 1.470.771,91
2013	R\$ 3.518.434,10
2014	R\$ 4.434.948,31
2015	R\$ 6.330.526,04
2016	R\$ 9.433.786,00
2017	R\$ 5.000.000,00
2018	R\$ 5.225.000,00
Total	R\$ 35.413.466,36

Fontes: elaborado pelos autores, dados da pesquisa (2012-2018)

Assim, no período de 2012 a 2018, houve um superávit acumulado de R\$ 35.413.466,36 (trinta e cinco milhões, quatrocentos e treze mil, quatrocentos e sessenta e seis reais e trinta e seis centavos). O ano em que se observa o maior superávit foi 2016, quando o Ministério da Saúde lançou um edital específico para a região Norte, onde se encontram, em grande parte, as secretarias de saúde da Amazônia Legal.

Do ponto de vista fiscal, a sobra ou superávit de dinheiro público obtida por meio de mecanismos de gestão voltados para essa finalidade é considerada um indicador de

eficiência (Brasil,2000). No entanto, quando se trata de valores previamente consignados para uma política de desenvolvimento que não são alocados, como no caso dos recursos da fitoterapia; isso pode ser considerado uma ineficiência ou um desperdício passivo (Ramos *et al.*, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo teve como objetivo analisar a alocação de recursos financeiros da fitoterapia brasileira no período de 2012 a 2018, com base nos editais lançados nesse período pelo Ministério da Saúde (MS). O trabalho revelou que a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, ao longo desses sete anos de alocação, não conseguiu distribuir de forma equitativa, entre as regiões do país, os recursos dos editais lançados. Além disso, houve sobra orçamentária em todos os períodos analisados, o que representa uma ineficiência na alocação dos recursos federais.

A superação da desigualdade e da ineficiência na alocação é um problema complexo, pois exige ajustes na política nacional em múltiplas escalas de ação: no nível federal, é necessária uma mudança nos critérios dos editais, principalmente no que se refere às contrapartidas e à necessidade de se ter previamente uma estrutura administrativa na área da assistência farmacêutica. Por sua vez, no âmbito das prefeituras e secretarias estaduais, é preciso oferecer treinamento técnico às equipes que auxiliam os ordenadores de despesa, para que eles tenham segurança para captar os recursos, utilizá-los e realizar a prestação de contas.

A principal dificuldade do estudo consistiu na organização de um banco de dados sobre a alocação dos recursos, uma vez que, no âmbito do Ministério da Saúde, não existe um sistema que integre os instrumentos de planejamento com a execução das receitas e despesas. Estudos futuros podem investigar, de forma mais aprofundada, os municípios da Amazônia e do Semiárido que submeteram projetos e não obtiveram aprovação, a fim de compreender de que maneira os critérios adotados dificultam sua participação. Esse tipo de investigação pode contribuir para a formulação de critérios de alocação mais justos e adequados às especificidades dessas realidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Programa Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília, 2009.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas. Brasília: DOU de 04/05/2000.

CARNUT, L.; GAZZOLA, E. C.; MENDES, Á.; MEIRA, A. L. P. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o “é” e o dever ser da alocação de recursos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 263-278, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>. Acesso em: 19 jun. 2025.

FLOR, Alessandra Simone Santos de Oliveira. Fitoterapia Popular do Bairro do Sossego Distrito de Marudá-(PA). Dissertação (Mestrado). PPGEDAM/NUMA/UFPA.Belém-PA, 2014.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, e00164621, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>. Acesso em 19/06/2025.

MENDES, Á.L. MARCEL, G; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, p.673-690, 2011.

PORTE, S; Martins, M; TRAVASSOS, C; Viacava, F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1393-1404, 2007.

PINHEIRO, A. C. Diretrizes para a construção de um Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e Fitoterápicos em Marapanim-PA, Brasil. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) — NUMA/UFPA, Belém, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/10269>. Acesso em 19/06/2025.

PINHEIRO, A. C.; VASCONCELLOS SOBRINHO, M.; BARBOSA, W. L. R. Entraves do mercado institucional da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Informe GEPEC*, Toledo, v. 29, n. 1, p. 122-134, jan./jun. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/igepec.v29i1.34349>. Acesso em 19/06/2025.

PINHEIRO, A. C. Ativação do potencial bioeconômico das plantas medicinais amazônicas: uma proposta para Marapanim-PA à luz das experiências coletivas da Etnofarmácia, Brasil. 2023. Tese (Doutorado Profissional em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) — NUMA/UFPA, Belém, 2023.

Disponível em: <https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/16072>. Acesso em 19/06/2025.

RIBEIRO, L.H.L. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob perspectiva territorial. Ciência & Saúde Coletiva. vol.24 nº 5, Rio de Janeiro,2019.

RAMOS, K.D.S; PINHEIRO, A.C; BASTISTA, K.R.M. Saúde pública: um estudo sobre os desperdícios ativos e passivo dos relatórios de prestação de contas da saúde do município de Belém-Pará. Revista paraense de contabilidade, v.01, n.01, set/dez,2016.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. Revista Ciência & Saúde coletiva. nº 8, v.2.2003.

SOUSA, V.D; DRIESSNACK, M; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?format=pdf&lang=pt>.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.