

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MÁRCIA REIS ROCHA ROSA

**A gestão dos recursos financeiros do SUS em um  
município da Bahia.**

FEIRA DE SANTANA  
2008

MÁRCIA REIS ROCHA ROSA

## **A gestão dos recursos financeiros do SUS em um município da Bahia.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva.

AREA DE CONCENTRAÇÃO: Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde  
LINHA DE PESQUISA: Estudo de Políticas, Programas e Práticas de Saúde

ORIENTADORA: Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho

FEIRA DE SANTANA  
2008

## Ficha Catalográfica

R695g Rosa, Márcia Reis Rocha  
A gestão dos recursos financeiros do SUS em um município da Bahia / Márcia Reis Rocha Rosa. – Feira de Santana, 2008.  
135 f. : il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Municipalização. 3. Alocação de recursos. 4. Atividades de saúde. I. Coelho, Thereza Christina Bahia. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. . IV. Título.

CDU: 614(814)

MÁRCIA REIS ROCHA ROSA

## **A gestão dos recursos financeiros do SUS em um município da Bahia.**

---

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 17 de março de 2008.

---

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho  
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS.

---

Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim  
Universidade Federal da Bahia – UFBA.

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS.



**10 ANOS DE UARD**  
(Unidade Ambulatorial de Recuperação de Desnutridos)

ANTES                  DEPOIS

**VOGÊ COLABOROU PARA ISSO!**  
**DEUS LHE PAGUE**

Paroquia de São José do Andaiá - 30 de setembro de 2003  
Santo Antonio de Jesus - BA

*Dedico este trabalho às crianças da UARD, cujos corpos e vidas desnutridas pelas desigualdades sociais confrontaram, desde muito cedo, o meu saber médico com o campo das ciências sociais e me conduziram, em tempo, para a Saúde Coletiva.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me dar resiliência e paz no enfrentamento e superação das minhas próprias limitações.

À **profª. Thereza Christina Bahia Coelho** por me apontar a direção do conhecimento. No início a admiração pela igualdade na relação orientando - orientador. No meio, o aprendizado da convivência. No final, a distância e a comunicação escrita que nos uniram para uma surpreendente produção intelectual. Obrigada pelo convívio sempre muito respeitoso, sincero, aberto e, principalmente, pelos seus elogios e incentivos na fase final que revelaram em mim uma capacidade que eu mesma não conhecia.

Ao **profº. Jairnilson Paim** pelas valiosas contribuições nas fases de qualificação e concretização deste trabalho.

À **profª. Ana Luisa Queiroz Vilasbôas**, conhecida de longas datas do colégio secundarista, mas que somente agora tive o imenso prazer de conhecer o lado profissional. Muito obrigada pela sua valiosa contribuição neste trabalho e pelo exemplo docente de técnica, equilíbrio, organização e bom senso que ficarão marcados em minha trajetória profissional.

À **profª. Maria Lucia Souza Servo** pelo sorriso acolhedor com que me recebeu e pela sua imensa disponibilidade em colaborar.

A dois anjos, cujos nomes de origem grega significam “mensageira”. Elas foram pessoas enviadas por Deus para me revelar um caminho encoberto, que sozinha jamais conseguiria encontrar: **Profª. Ângela de Oliveira Carneiro** que me incentivou a ingressar nesse mestrado e contribuiu com o anteprojeto inicial; e **Profª. Maria Ângela Alves do Nascimento** que, através do ensino da metodologia da pesquisa qualitativa e do relacionamento extra-classe, contribuiu com generosidade e humildade para o clareamento das minhas dúvidas.

A **todos os professores do mestrado**. Cada um contribuiu com o produto desse mestrado, que não é a minha dissertação, mas a mestra que egressará da UEFES. Especialmente agradeço à **profª. Marluce Assis** e à **profª. Tânia Araújo** pelas valiosas contribuições de suas disciplinas e dos seus exemplos de docente. À **profª. Rosely Cabral** pelo apoio em momentos delicados do curso e pela sua contribuição para com meus objetivos pessoais extra-curso.

Às funcionárias, **Goreth e Siomara**, pelas sempre gentis orientações.

Aos **colegas do mestrado**, *Analy, Andréia[e Onirê], Carla, Cristina, Deisy, Elaine, Gilmar, Lavinia, Leonor, Luciane, Lyz, Marcos, Marla, Mônica, Patrícia, Rogério, Tatiane e Wernner*, pela convivência prazerosa e pelo compartilhamento das dificuldades. Com vocês essa jornada ficou mais leve e alegre. Em especial, às colegas “quali” (*Andréia, Deisy, Elaine, Leonor, Luciane e Tati*) pelo maior tempo de convivência e cumplicidade.

A **Secretaria Municipal de Saúde** na pessoa da gestora **Maria de Nazareth Veiga Pessoa Coni** pela liberação dos dados necessários para a realização dessa pesquisa.

Ao **Ministério da Saúde**, nas pessoas do Sr. *Ednésio Oliveira de Jesus* e Sra. *Ana Rebouças* pela liberação de dados de difícil localização e acesso.

Ao **HEMOSAJ**, nas pessoas do diretor do Hospital Maternidade **Luis Argolo Nelson Maciel, Antônio Diniz e Luciana Soares**, pela liberação de dados de difícil acesso.

A **KaKá, Márcio, Deco, Sérgio, Davi, Ângela, Dora e Sidney** e a tantos outros que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização desse trabalho.

A **Verônica** e a **Ligia** pela pelo abstract e pela vontade de ajudar.

Em especial, agradeço a **Euvaldo, Matheus e Mariana** pelo apoio incondicional e respeito as minhas decisões. À minha linda filha, pela superação da minha ausência e pela carinhosa contagem regressiva para o término “deste mestrado”.

Ao meu **pai Carlos** (in memória) e minha **mãe Maria Izabel** que contribuíram para eu ser o que sou, estar aqui e vencer mais essa tarefa para alcançar um objetivo.

## RESUMO

O objeto deste estudo é o processo de gestão financeira focado no fluxo dos recursos desde a sua origem até os resultados mais imediatos, as atividades de saúde. O objetivo, aqui, é analisar a gestão municipal dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo de caso único, que teve na análise documental a principal fonte de evidências. Os dados financeiros foram coletados e analisados através de quatro tabelas propostas pelo *National Health Accounts* (NHA) e comparados com as fontes documentais. As características dos provedores de serviços e das atividades foram detalhadas amiúde devido à potencialização da metodologia com a elevada desagregação dos dados. O resultado da pesquisa mostrou o perfil das fontes de recursos municipais: o governo federal contribuiu com 82% das receitas, seguido do município (17%) e, com a menor participação, o Estado (1%). Destaca-se a Receita Total de R\$ 608,5 *per capita*; e os gastos *per capita* das 16 unidades do PSF variaram de R\$ 465,4 a R\$ 62,3 *per capita/unidade/ano*. O Gasto Público com Saúde (GPS) *per capita* foi R\$ 261/hab./ano. O percentual do PIB que correspondeu ao GPS foi 4,4%. A proporção de recursos alocados para os hospitais foi 47% e para as unidades ambulatoriais 44%, revelando um perfil diferenciado de outros municípios já estudados. As atividades realizadas pelas Unidades de Saúde da Família em 2005 foram predominantemente “Ações executadas por profissionais de enfermagem” (38%); “Ações médicas básicas” (28%) e “Ações básicas em odontologia” (19%). Concluiu-se que houve uma baixa capacidade de arrecadação de impostos no ano de 2005 e um co-financiamento irrisório do estado. Sobre a gestão financeira da saúde do sistema municipal percebeu-se: processos de planejamento ocorrendo paralelamente; pouca coincidência dos objetivos da LOA e PMS; e um “mascaramento” da execução orçamentária. As responsabilidades sanitárias foram parcialmente cumpridas devido ao sub-financiamento das três esferas de governo e ao financiamento do governo federal totalmente vinculado, levando ao município co-financiar o que foi priorizado pela União e, por conseguinte, não sobrou recursos próprios para investir nas prioridades locais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único da Saúde. Municipalização. Contas de saúde. Alocação de recursos. Atividades de saúde.

## ABSTRACT

The object of this paper was the process of financial management that to be in focus on the flow of financial resources since the origin as far as the immediate results of health activities. The objective, here, was to analyze municipal management of financial resources of Unified National Health System (SUS). This paper is a single study case that obtained in the documental analyses the evidence sources. The date financial were collected and analyzed through of the four table's proposal by National Health Accounts (NHA) and compared with the documental date. The characteristics of the service provider and of the activities were detailed carefully because of the methodology powerful with high the date separation. The result of research showed profile of date municipal resource: the federal government contributed to 82% of incomes, after municipality contributed to 17%, and, less participation the state that contributed to 1% of incomes. To point the Total Income of R\$ 608,5 *per capita* and the pantry *per capita* of the 16 unities of the PSF (Family Health Program) vary from R\$ 465,4 to R\$ 62,3 *per capita/unity/year*. The Public Pantry with Health (GPS) *per capita* was R\$ 261/hab/year. The PIB per cent that corresponded GPS was 4,4%. The proportion of incomes allocated to the hospitals was 47%, and ambulatory unities 44% showing a different profile of the another municipalities studied. The activities carried by Family Health Program Unities in 2005 were predominant "Actions executed by nurse profession" (38%); "Actions basic medicines" (28%) and "Actions basic dentist" (19%). Conclusion: a low capacity of collection taxes in 2005 year and co-financial insufficient of State. About health financial management of municipal system realized a planning process occurring in parallel; little coincide of LOA and PMS aims; a "mask" budget execution. The health responsibilities were carried partial proper sub-financial of three government sphere and the financing the federal government totally linked, taking the municipally co-finance what was prioritized by Union, and however, do not remain self municipal incomes to invest in local priorities.

**KEY WORDS:** Unified Municipal Health System. Health accounts. Resources allocating. Health functions.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CAPS	Cento de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Contas Nacionais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saude
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DIRE	Diretoria Regional de Saúde
EMBASA	Empresa Baiana de Água e Saneamento
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
ICHA	<i>International Classification Health Accounts</i>
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NHA	<i>National Health Accounts</i>
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OECD	<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual de Ação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapêutica
SANCASA	Santa Casa de Misericórdia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SHA	<i>System of Health Accounts</i>

SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
2	<b>QUADRO REFERENCIAL</b>	17
2.1	A Gestão em Saúde	17
2.2	O financiamento da saúde no Brasil e a descentralização	20
2.3	O processo orçamentário e as contas de saúde	25
2.4	Responsabilidade	29
3	<b>METODOLOGIA</b>	33
3.1	Tipo de estudo	33
3.2	Recorte geográfico e temporal do estudo	34
3.3	Instrumento de coleta e análise dos dados: as contas de saúde	45
3.4	O processo de análise e interpretação dos dados	51
3.5	Questões éticas	53
4	<b>RESULTADOS</b>	54
4.1	O fluxo das contas municipais da saúde no ano de 2005	54
4.1.1	Das fontes de financiamento para agentes intermediários	55
4.1.2	Dos agentes de financiamento para provedores de serviços	62
4.1.3	Dos agentes de financiamento para atividades de saúde	70
4.1.4	Dos provedores de serviços para atividades de saúde	75
4.1.5	O resultado intertabelas: relação entre o registro dos vários momentos do fluxo financeiro	87
4.2	Alguns indicadores selecionados	89
4.3	As responsabilidades legais orçamentárias planejadas e a alocação dos recursos financeiros pela gestão municipal da saúde.	92
4.3.1	A Lei Orçamentária Anual e a execução orçamentária	93
4.3.2	A comparação entre os dados quantitativos e qualitativos da gestão dos recursos financeiros do SUS municipal.	97
5	<b>DISCUSSÃO</b>	111
5.1	O que diz o fluxo das contas municipais de saúde sobre o financiamento do sistema municipal de serviços de saúde	112
5.2	O que diz os instrumentos de planejamento da gestão e de prestação de contas sobre a gestão financeira do sistema municipal de serviços de saúde	118
5.3	O que tudo diz sobre as responsabilidades legais de uma gestão e o financiamento do SUS	120
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	123
	<b>REFERÊNCIAS</b>	126
	<b>APÊNDICE</b>	134
	<b>ANEXO</b>	135

## 1 INTRODUÇÃO

Desde as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 21 de dezembro de 1990, os municípios vêm assumindo progressivamente responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), antes atribuídas ao Estado. Foram seis normas operacionais<sup>1</sup> editadas com a finalidade de viabilizar a descentralização do SUS. Cada norma operacional impulsionou avanços e induziu a retrocessos ao longo dos últimos quase dezesseis anos, mas com resultados importantes na direção da municipalização e da regionalização do sistema de serviços de saúde.

Recentemente, através da Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, foram publicadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde. A portaria GM 699, de 30 de março de 2006, veio regulamentar o pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como base para o processo de descentralização; a junção de várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos já existentes. No Pacto de Gestão, estão definidas as responsabilidades sanitárias dos três entes federados. Essa definição sugere um esforço dos entes em pactuar suas responsabilidades e uma política federal de delegar para os municípios, junto com os recursos, as responsabilidades.

A descentralização do SUS tem acontecido através de uma excessiva normatização burocrática, que levou a uma redução da autonomia de gestão:

Os municípios passaram a responder às políticas induzidas centralmente - com diferentes graus de protagonismo em decorrência da heterogeneidade desse processo, e a administrar conflitos e dificuldades do modelo vigente (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2005, p. 17).

É preciso conhecer cada vez mais o espaço municipal onde se executa as ações de saúde e ter clareza do seu papel e influência na esfera regional da prestação de assistência à saúde. Conhecer as peculiaridades do sistema de serviços de saúde de um município é um passo importante para que se possa governá-lo com mais eficiência.

---

<sup>1</sup> NOB/91, NOB/92, NOB/93, NOB/96, NOAS/2001 e NOAS/2002 (BRASIL, 1991, 1992, 1993, 2001a, 2002).

Saúde é uma das políticas sociais mais caras do mundo. Estimativas baseadas em dados do Banco Mundial mostram que os gastos de saúde ficaram em torno de 8% do PIB global no início dos anos noventa (WORLD BANK, 1993), refletindo mais os gastos dos países ricos. No entanto, para Médici (2005), os países em desenvolvimento têm feito um grande esforço para aumentar os investimentos em saúde ao longo dos anos noventa e, nesse sentido, o crescimento do gasto torna-se um fenômeno generalizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu recentemente que os gastos públicos com o setor saúde nos países em desenvolvimento têm sido insuficientes para alcançar as metas do milênio, o que resulta numa necessidade de se incrementar os recursos próprios, tanto quanto a eficiência e equidade em sua movimentação e uso. A recomendação da Comissão de Macroeconomia e Saúde (*Commission on Macroeconomics and Health*) para países de média e baixa renda tem sido o aumento de 1,0% do PIB até 2007 e 2,0% até 2015. Um dos problemas diagnosticados pela OMS é a tendência dos nossos governos de investir muito mais em recursos de capital ou investimento (treinamento, obras e equipamentos) do que em recursos correntes (salários, manutenção e materiais de consumo) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A discussão sobre a magnitude do gasto em saúde não tem sentido se não for analisada à luz de temas como eficiência do gasto, equidade na sua distribuição e fontes para o seu financiamento. O melhor ou pior desempenho do setor saúde, refletido em indicadores de mortalidade e morbidade, está associado à capacidade de integração do sistema público-privado, na aplicação de suas leis e instrumentos de regulação pública para a distribuição também equânime dos benefícios sociais (MÉDICI, 2005). Especialmente durante a segunda metade da década de 90, muitos países da América Latina iniciaram reformas de saúde. Boa parte dessas reformas não se completou por diversos problemas. Para Médici (2005), a maioria delas teve grandes problemas de continuidade em função da oposição de fortes grupos de interesse que tiveram que enfrentar.

Boa parte dessas críticas tem sido alimentada pelos próprios profissionais de saúde destes países, onde mecanismos de maior controle social sobre o trabalho e produtividade, levaram, por exemplo, os médicos a ter que cumprir adequadamente a jornada de trabalho e reduzir seus múltiplos empregos, a fim de receber os mesmos níveis de remuneração (MÉDICI, 2005, p. 9).

Historicamente, a organização do setor saúde, do ponto de vista das relações público-privadas, tem sido marcada pela sua natureza fragmentada. No setor público, encontramos governos nacionais, regionais ou locais provendo, financiando ou organizando ações

promocionais, preventivas ou curativas de saúde. Dados os efeitos negativos da fragmentação, muitos países, inclusive os latino-americanos, optaram por integrar progressivamente seus sistemas públicos e privados de saúde (MÉDICI, 2005).

Neste sentido, os países podem ser classificados de acordo com o nível de fragmentação de seus sistemas de saúde (MÉDICI, 2005). Em países como Paraguai, Bolívia e Venezuela cujos sistemas de saúde são totalmente fragmentados pela ausência de marcos regulatórios comuns, esse modelo gera grandes riscos de duplicação de coberturas, ineficiências, iniquidades, pouca transparência. Na América Latina e Caribe não há caso de país cuja clientela esteja toda integrada ao sistema e sem duplicação de clientela, mas entre os países que tentam universalizar o sistema de saúde, Chile e Colômbia são exemplos de integração pela via da privatização; e Costa Rica e Brasil, exemplos de tentativa pela via do Estado (MÉDICI, 2005). Mariño e Guzmán (2007) resgataram historicamente a estratégia cubana de universalização através da nacionalização como alternativa mais racional que a privatização.

O arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS) está bem fundamentado e amplo, todavia não basta que leis e normas garantam o direito à saúde. É preciso que o financiamento de um sistema universal seja compatível com a necessidade de saúde da população. No entanto, segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Brasil é o país da América Latina que tem o menor gasto público com saúde:

O gasto público em saúde no Brasil é de U\$125 habitante/ano (em valores de junho de 2005 correspondem à cerca de R\$ 300,00). Este valor equivale à cerca de 3,2% do PIB e corresponde a 42% do gasto total em saúde [...] a Argentina, por exemplo, gasta U\$ 362. O Uruguai U\$ 304 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2005, p. 5).

Corroborando com os dados acima, Ugá e Marques (2005) referem que o sistema brasileiro é constitucionalmente universal, mas os gastos públicos com saúde não equivalem aos de outros países de sistema também universal como Reino Unido, Dinamarca e Suécia. Estes países aplicam no setor de saúde pública respectivamente 97%, 84% e 78% do gasto total com saúde, enquanto no Brasil o gasto público com saúde representou apenas 42% do gasto total com saúde. Esse valor proporcional está mais próximo dos Estados Unidos que aplicaram 44%; no entanto, lá, o sistema não é universal. Para esses autores, o Canadá tem o sistema de saúde mais semelhante ao do Brasil com caráter universal e com prestadores

preponderantemente não estatais. Porém, o gasto público com saúde do Canadá corresponde a 72% do gasto total em saúde.

O financiamento do SUS no Brasil apresenta estrutura herdada da década de 70, pré-SUS, quando o Estado tinha poucas unidades próprias, porque optou por uma política de financiar a estruturação de serviços privados, além de mantê-los com pagamento por produção de serviços (UGÁ; MARQUES, 2005). Dessa forma, o financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS. Segundo Ugá e outros (2003), a escassez de recursos é um problema constante, mas não o único, pois entre esses outros problemas está a forma de participação federal no financiamento do SUS. A NOB 93 (BRASIL, 1993) instituiu um teto financeiro para cada estado e município que deve ser repassado fundo a fundo para os entes habilitados. O cálculo deste teto foi com base na série histórica das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e no pagamento da produção de procedimentos ambulatoriais, reforçando ainda mais as desigualdades já existentes.

Muitas questões se têm levantado no campo da gestão financeira do SUS, mas são questões mais específicas de uma área, programas ou projetos, exceção feita ao trabalho de Carvalho (2002) que fez uma ampla análise sobre o Financiamento Federal para a Saúde no período de 1988 a 2001. Os pesquisadores que se detêm nesse tema relatam muitas dificuldades de acesso para levantamento dos dados municipais (COELHO et al, 2006), além de outros fatores que dificultam a avaliação e a comparabilidade das contas públicas como por exemplo, a diversidade de realidades e a distribuição desigual dos recursos financeiros nas esferas federal, estadual e municipal (CARVALHO, 2002). Diante da singularidade do espaço municipal, o conhecimento da alocação dos recursos financeiros nesse âmbito é importante para a identificação das dificuldades e facilidades na efetivação da descentralização e regionalização do SUS. Estudos que possam descrever, analisar e avaliar as contas dos três entes federados serão de grande valor para esclarecimento da realidade e embasamento técnico das decisões.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) que, entre outras funções, orientou o processo de regionalização da assistência e instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), promoveu uma atualização na regulamentação da assistência. Essa norma definiu conceitos-chave para a organização da assistência no âmbito estadual tais como: região de saúde, módulo assistencial, município-sede de módulo assistencial, município-pólo e unidade territorial de qualificação na assistência à saúde (BRASIL, 2001b).

A localização estratégica dos municípios-pólo de microrregiões assistenciais de saúde lhes confere a devida importância para a realização de estudos que visem conhecer melhor

esse ambiente relativamente recente e pouco explorado. Sinergicamente, a posição da autora<sup>2</sup> desse estudo conferiu viabilidade ao estudo pela experiência da função gerencial e pela facilidade relativa de acesso aos dados financeiros.

Os resultados e conclusões de um estudo sobre a gestão financeira em municípios-chave para a gestão do SUS poderão servir de instrumento para o fortalecimento da sua própria gestão, para aplicação da experiência a outros municípios que apresentem situações em comum e, principalmente, poderão servir de subsídio à alocação intramunicipal de recursos de maneira mais eficiente e equitativa.

Assim, o objeto escolhido para estudo se situa dentro de uma problemática que desafia o conhecimento da realidade do município estudado e é relevante para todos os municípios baianos e brasileiros que executam as políticas públicas do Sistema Único de Saúde, sendo possivelmente clareado com resposta à seguinte questão:

Como se dá a gestão dos recursos financeiros do SUS no âmbito de um município-pólo de uma microrregião assistencial de saúde?

Essa questão, de natureza mais ampla, implica em outros questionamentos a cerca do registro, alocação, ornamentação e execução de recursos financeiros dentro de uma perspectiva que busca definir e discutir o papel e a responsabilidade do gestor municipal no exercício dessa função. Com esse entendimento, traçou-se o seguinte **objetivo geral**:

Analisar a gestão dos recursos financeiros do SUS no município de Santo Antônio de Jesus, em 2005.

Para atingir a esse propósito, delimitou-se os seguintes **objetivos específicos**:

1. Identificar o fluxo das contas municipais a partir das fontes de financiamento até a geração de atividades de saúde no ano de 2005;
2. Discutir a alocação dos recursos financeiros no espaço intramunicipal no ano 2005;
3. Avaliar a execução orçamentária do município no ano 2005;
4. Analisar a relação entre as responsabilidades legais orçamentárias e a responsabilidade sanitária da gestão municipal do SUS em Santo Antônio de Jesus em 2005.

---

<sup>2</sup> A pesquisadora tem passado recente como ex-gestora de sistemas locais de saúde e de participação como membro do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS) e representante regional da Macrorregião Nordeste.

## 2 QUADRO REFERENCIAL

Diversos autores preferem tomar como objeto de pesquisa os “Sistemas de Serviços de Saúde”, ao invés de “Sistemas de Saúde”, que é muito amplo e traz dificuldades de interpretação dos resultados. Na América Latina, avaliação efetuada pela “Red de Investigación de Servicios de Salud” constatou que os estudos realizados pelas instituições integrantes dos sistemas de saúde são pouco utilizados nos processos de tomada de decisão, por motivos de ordem diversa, e que, por outro lado, a demanda por investigação em serviços e sistemas de saúde tem crescido bastante por conta das necessidades tanto de racionalização (governança), quanto por questões éticas (equidade) e de legitimação (governabilidade) (RED DE INVESTIGACIÓN EM SYSTEMAS E SERVÍCIOS DE SALUD, 1997).

Por outro lado, a gestão no setor saúde traz uma gama legal de funções que extrapolam a simples idéia de uma rede de serviços, exigindo abordagens múltiplas que dêem conta da complexidade dos problemas desta órbita. Convém, de todo modo, examinar alguns conceitos que serão necessariamente utilizados nesse estudo para a análise da gestão financeira do SUS municipal.

### 2.1 Gestão de Saúde

Administração ou Gestão? Ambas as palavras têm origem latina, *administrare* e *gerere* (CUNHA, 1982). *Gerere* significa conduzir, dirigir ou governar. *Administrare* tem aplicação específica no sentido de gerir um bem, defendendo os interesses dos que o possui. Administrar seria, portanto, a rigor, uma aplicação do gerir (AKTOUF, 1989). Mas, em várias línguas é confusa a aplicação dos termos. Na língua francesa, *administration* é usada no sentido de administração pública, enquanto *gestion* é vista como administração de empresas. Na língua inglesa também a ambigüidade se coloca no uso das palavras *administration* e *management*, embora também nela *administration* seja utilizada para denotar atividades da administração pública (FERREIRA; REIS; PEREIRA, 2002). No Brasil, as expressões “administração”, “gerência” e “gestão” são usadas como sinônimos para expressar a idéia de dirigir e de decidir; porém, o termo “gestão”, por ser mais novo, está mais desprovido dos preconceitos ligados às falhas na prática da administração (MOTTA, 1998).

Para Testa (1992), a categoria teórica central para a compreensão da gestão como prática de governo é, portanto, o **poder**, fenômeno relacional que pode ser analisado em três dimensões: a política, a técnica e a administrativa. A dimensão política diz respeito à mobilização de **vontades**, a dimensão técnica diz respeito à mobilização de **conhecimentos** e a dimensão administrativa diz respeito à mobilização de **recursos**. Esse trabalho não abrange todas essas dimensões da gestão. Aqui, dar-se-á ênfase à dimensão administrativa focada na gestão financeira.

Os termos gestão, gerência e administração serão usados como sinônimos concordando com a definição de Motta (1998, p. 26) ao afirmar que,

de um lado, pode-se tratar a gerência como algo científico, racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, para se prever e antecipar ações de forma mais consequente e eficiente. De outro, tem-se de aceitar a existência, na gestão, de uma face de imprevisibilidade e de interação humana que lhes conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional. Dirigentes devem entender a gestão moderna em ambos os sentidos.

Para Motta (1998), a arte e o aprendizado da gerência passam pela aquisição de habilidades cognitivas (compreender o particular através do conhecimento do geral), habilidades analíticas (ver a potencialidade das técnicas administrativas na solução de problemas reais), habilidades comportamentais (adquirir novas maneiras de interação humana para liderar) e habilidades de ação (capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional). Para adquirir essas habilidades é necessário ultrapassar o senso comum, ampliar a visão organizacional de fronteira, limite e hierarquia e conhecer os limites e prioridades do conhecimento gerencial. Essas idéias são gerais e aplicáveis a todos os setores organizacionais da sociedade.

Na área da saúde, a legislação infraconstitucional brasileira define Gestão de Saúde como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2001b). Vários autores têm se preocupado com o estudo e discussão da gestão e áreas afins dos sistemas e serviços de saúde<sup>3</sup> concordando que a gestão de um sistema dessa natureza exige bem mais que vontade política e senso comum, requer uma base sólida de conhecimentos. Cada vez mais os governos e instituições têm investido na capacitação de seus gestores. O que significa reduzir desperdícios de tempo, de esforços, de recursos e aumentar as chances de êxito

---

<sup>3</sup> A exemplo de Mendes (2002); Pieratoni; Viana (2003); Teixeira (2001), Testa (1992), entre outros.

(MENDES, 2002). Para Magalhães Júnior (2001) existem, na área de saúde, projetos brilhantes coexistindo com estrutura precária que revestem o setor administrativo ou de recursos logísticos de um caráter estratégico na gestão de um sistema ou serviço de saúde. Para esse mesmo autor (MAGALHÃES JÚNIOR, 2001. p. 18),

é fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura. Portanto, desde o primeiro momento de uma gestão, é necessário dimensionar cuidadosamente a infra-estrutura necessária, seja no próprio órgão gestor do SUS ou fazendo-se gestões e estabelecendo um bom relacionamento com os demais órgãos da administração municipal [...] Quanto à gestão financeira, o entrosamento é essencial. Ele vai desde o momento da elaboração do orçamento anual, a partir de uma sólida base real, até a compatibilização orçamentária e financeira, que é também determinante para o saldo final de resultados. Uma desarticulação pode ocasionar falta de recursos mínimos a projetos prioritários e ao mesmo tempo deixar recursos disponíveis sem utilização.

A gestão financeira, entendida no conceito mais abrangente, seria o grupo de funções administrativas que se responsabiliza pela administração do fluxo de dinheiro, de tal forma que a organização tenha meios de realizar seu objetivo. Isso reforça a idéia de que a gestão financeira é mais do que o simples planejamento e execução do orçamento. Na verdade, pode-se dizer que em todas as decisões a serem tomadas há uma contrapartida financeira (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002). Esses autores afirmam que um prestador de serviços de saúde - público ou privado - pode ser visto como uma entidade transformadora de recursos quando utiliza os recursos físicos, humanos e tecnológicos de que dispõe (ou que obtém) para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente ou contra pagamento. Na maioria dos municípios, é a Secretaria Municipal da Saúde que desempenha esse papel de transformação de recursos em serviços.

Na discussão sobre a dimensão econômico-financeira do setor da saúde, dois tipos de decisão (ou função estratégica) são inerentes à gestão financeira: o financiamento e a alocação de recursos. O financiamento é a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à realização das atividades: "de onde vêm" e como obtê-los. Enquanto a alocação de recursos diz respeito às decisões quanto a sua utilização: "para onde vão" e em que serão utilizados (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002).

Alocação de recursos é o processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividades-fim), intermediários (os diversos insumos e atividades necessários à produção do serviço final), ou definidos em termos dos usuários dos serviços. Para Couttolenc e Zucchi (2002, sem paginação, grifo do autor) três aspectos do processo de alocação de recursos merecem ser enfatizados:

- *Primeiro*: toda alocação resulta ou corresponde a um processo decisório sobre “onde colocar o dinheiro”, ainda que esse processo possa não ser formalizado ou simplesmente repetir o que já foi feito antes. O *default* de alocar recursos de acordo com a estrutura de gastos do ano anterior também representa uma decisão (a de manter o padrão e, portanto, as políticas do passado).
- *Segundo*: toda alocação tem um impacto direto e claro sobre a eficiência e o custo dos serviços. Alocar recursos limitados a um conjunto de atividades significa que eles não estarão disponíveis para outras atividades, o que poderá resultar em falta de materiais, falhas no apoio logístico ou outros problemas.
- *Terceiro*: toda política ou conjunto de prioridades se traduz num padrão específico de alocação de recursos, e vice-versa: todo padrão de alocação de recursos corresponde a certas prioridades, ainda que implícitas.

O financiamento é a outra função estratégica da gestão financeira que será visto no item destacado a seguir.

## 2.2 O financiamento da saúde no Brasil e a descentralização

Financiamento é a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à consecução das atividades; consiste em identificar e estudar as diversas fontes de recursos possíveis e determinar sua melhor combinação. Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm hoje de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002). Do ponto de vista do município e de maneira simplificada, as fontes de financiamento da saúde são descritas abaixo com as devidas indicações das terminologias adotadas nesse trabalho:

Recursos do tesouro municipal. Provenientes da arrecadação de impostos e taxas municipais e repasse de receita tributária dos outros níveis da federação (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002) aqui denominada respectivamente de “Arrecadação própria” e “Transferências constitucionais legais”.

Repasse federais baseados em valor *per capita* ou valor global. Diferente da fonte anterior, essa não depende de faturamento de conta de prestação de serviços, mas corresponde a um repasse global fixo originário do atendimento ambulatorial e incentivo à atenção básica (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002). São recursos transferidos “fundo a fundo” dos quais os principais são o Piso da Atenção Básica

(PAB) fixo e ampliado; o PAB variável; os recursos da média e alta complexidade provenientes de um teto financeiro fixo ou da remuneração de serviços hospitalares informados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e ambulatoriais informados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); o Fundo de Ações Estratégicas (FAEC) e recursos voltados para outros programas do Ministério da Saúde (MS) (LIMA, 2007). Esses recursos aqui serão denominados de “Transferências fundo a fundo para o SUS”

Receita de serviços prestados a empresas, seguradoras e planos de saúde particulares.

Traz a possibilidade de o setor público se ressarcir dos custos relativos à atenção a pacientes particulares. Ainda não implantado. Em qualquer caso, requer provavelmente uma sistemática de faturamento e cobrança distinta das anteriores (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002).

Fontes esporádicas de recursos, que podem em dado momento ser substanciais, incluem doações e financiamentos oriundos da ajuda internacional, repasses federais a programas e atividades específicas como convênios e receitas por alienação de bens; essas fontes geralmente requerem uma sistemática de execução e controle específica (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002). Aqui poderão aparecer como “Transferências de convênios” ou com o nome específico do repasse.

Fontes potenciais pouco exploradas até o momento no setor público incluem receitas de taxas cobradas a pacientes por serviços específicos ou acomodações diferenciadas, desde que autorizadas (COUTTOLENC; ZUCCHI, 2002).

O padrão de financiamento público de ações e serviços traduz, no geral a política adotada naquela área que está sendo financiada, por isso é importante conhecer o contexto histórico, social e político em que ocorre esse financiamento. Far-se-á, aqui, uma breve retrospectiva do financiamento da saúde e do processo de descentralização ocorrido a partir de 1988 no Brasil com o intuito de auxiliar na compreensão do panorama atual do financiamento do Sistema Único de Saúde.

A Constituição de 1988 trouxe um novo conceito de seguridade social; o caráter meritocrático deixou de existir, a universalização foi adotada como critério de acesso, o financiamento do SUS passou a compor o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Porém, houve uma destruição paulatina do conceito de seguridade social pelos governos que se seguiram após a promulgação da Constituição através do uso dos recursos do OSS em fins alheios aos da seguridade social e da especialização das fontes para a Previdência Social em detrimento das outras áreas da seguridade social. Somando-se a essas investidas dos governos

contra a seguridade social, contribuíram, ainda: o aumento das taxas de desemprego; a diminuição da arrecadação de contribuições de empregados e empregadores; e o aumento crescente das despesas com benefícios. Governos imbuídos de ideais neoliberais e crises econômicas retiraram paulatinamente recursos da saúde no período pós-constituição (UGÁ; MARQUES, 2005).

A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) passou a recompor esse desfinanciamento do setor saúde dentro da Seguridade Social, a partir de 1997, de forma que “o SUS conseguiu enfrentar, com sucesso, a hegemonia do pensamento neoliberal, no que diz respeito à reestruturação de sistemas de saúde de cunho privatizante” (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 200). Entretanto, recentemente, em janeiro de 2008, essa contribuição deixou de existir e o MS retornou à condição de disputa por verbas como o fazia anteriormente a 1997.

A legislação que se seguiu à Constituição de 1988 demarcou momentos importantes para o financiamento da saúde. Dela destaca-se a NOB 96 que reduziu as modalidades de gestão e conferiu mais autonomia aos estados e municípios. Além disso, criou o PAB *per capita* e o incentivo para a Estratégia Saúde da Família que contribuíram para a expansão da atenção básica no Brasil (UGÁ et al, 2003). A EC 29, em outubro de 2000, definiu a participação de cada esfera de governo no financiamento do SUS. Segundo essa emenda, no primeiro ano de sua vigência, a União deveria gastar o mesmo montante de 1999 e mais 5%, devendo chegar até 2004 a 7% do PIB, 12% para os estados e 15% para os municípios. Em relação à União, a EC 29 não explicitou qual era a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, o que possibilitou a disputa por seus recursos entre as áreas componentes do OSS. Ao analisarem a aplicação dessa emenda pelos estados, segundo o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Ugá e Marques (2005) observaram que a mesma não se efetivou no ano de 2001 e que dos 27 estados da União, apenas 10 cumpriram a emenda. Ressalvando-se que foram incluídas, nesse cumprimento, despesas consideradas como alheias à saúde como despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de clientela fechada. Para os municípios, o cumprimento da EC 29 foi quase total.

Os municípios, desde 1998, já vinham ampliando sua aplicação em saúde de forma que não houve muitas modificações após a vigência da EC 29. Desde então, desencadeou-se outra frente de luta para a regulamentação da EC 29. Na discussão de regulamentação lançou-se uma proposta que seria inovadora para o financiamento do SUS em nível federal: no lugar de tomar como referência o crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB), introduziu-

se as receitas correntes brutas como a referência dos repasses à saúde (UGÁ; MARQUES, 2005). Essa proposta, até o momento, não foi aprovada e a EC 29 encontra-se prolongadamente em discussão.

Toda a legislação infraconstitucional brasileira, até o mais recente Pacto pela Saúde 2006, tem delimitado as responsabilidades dos gestores federais, estaduais e municipais. Há um movimento crescente no sentido da municipalização que transfere para os municípios responsabilidades anteriormente atribuídas aos estados e à união. A responsabilização sanitária mais recente dos entes federados está relacionada na Portaria/GM n.º. 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b). A mais recente regulamentação do financiamento está nas Portarias GM/MS 698/06 e GM/MS 204/07 que dispõem sobre a reunião dos recursos antigos em cinco agrupamentos com a finalidade de permitir maior grau de liberdade na aplicação dos recursos vinculados; mas, quantitativamente não houve alteração significativa. Dentre as novas responsabilidades do Pacto pela Saúde está a de gestão financeira do sistema e prestação de contas com responsabilização penal através da Lei Complementar 101 de 05 de maio de 2000 (BRASIL, 2000).

A descentralização tributária já havia se iniciado na década de 1970, continuou após a Constituição e veio, inegavelmente, beneficiar os municípios brasileiros. Mas, o benefício da descentralização tributária não é a realidade de todo o país, bem como a heterogeneidade local, e vem sendo discutida ao longo desses anos e demonstrada por vários autores, a exemplo de Bremaeker (1994) ao mostrar que 200 municípios do Nordeste não têm capacidade de arrecadar recursos próprios devido à inexistência de atividade econômica significativa e do tamanho de sua população pobre. Samuels (2000) também mostra que 75% dos municípios brasileiros arrecadam menos de 10% de sua receita total através de impostos e que 90% dos municípios com população menor de 10.000 habitantes dependem quase que em 100% das transferências de Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS). Lima (2007), estudando a totalidade dos municípios brasileiros que informaram ao SIOPS em 2002, encontrou receitas públicas totais que variaram de R\$ 182,53 *per capita* no MA a R\$ 6.634,47 *per capita* em SP. Nesse estudo a média e a mediana da receita municipal pública total foram respectivamente R\$ 777,5 e 662,0 *per capita*, sendo que 50% dos municípios brasileiros possuem receitas totais públicas que variam de R\$ 505,9 a R\$ 911,3 *per capita*.

Dessa forma, **a descentralização não trouxe independência financeira e política para muitos governos locais** (BREMAEKER, 1994; LIMA, 2007; SAMUELS, 2000; SOUZA; BLUMM, 1999; SOUZA, 2002). A despeito dos números absolutos da

descentralização financeira impressionarem, a maioria dos municípios tem de sobreviver à custa das transferências estaduais e federais, além de não terem condições mínimas para o exercício do próprio governo. Lima (2007) relata que 90,6% dos municípios não possuem receitas agropecuárias; 89,5% não possuem receitas industriais; 77,5% não contam com receitas de contribuições; 46,8% com receitas de serviços; 44% com receitas de convênios da União; 48% não contam com receitas de convênios dos estados; 30% não arrecadam receitas da dívida ativa municipal e 33% não arrecadam receitas provenientes de multas e juros de mora de tributos. Como sabido, os municípios obtêm a maior parte de sua receita pública do sistema de partilha de tributos vigentes. As transferências intergovernamentais formalmente regulamentadas<sup>4</sup> representaram cerca de 80% das receitas correntes orçamentárias totais *per capita* dos municípios brasileiros em 2002 e as transferências do SUS representaram a quarta principal fonte de receita no âmbito das transferências legais totais (6% *per capita*), somente abaixo do FPM (49% *per capita*), ICMS (24% *per capita*) e do FUNDEF (13% *per capita*)<sup>5</sup> (LIMA, 2007).

Para Arretche (2003), descentralização e autonomia são termos muito genéricos que não traduzem a variabilidade de combinações que podem ocorrer na execução das políticas locais e podem produzir resultados opostos aos esperados pelos defensores da descentralização se não houver mecanismo de regulação eficiente. A mesma autora sinaliza fatores importantes para a qualidade das gestões locais como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora dos governos e a satisfação das necessidades de saúde desigualmente distribuídas entre as diversas realidades locais. Mas, conclui que os instrumentos da estrutura institucional ainda não são plenamente explorados pelos atores diretamente interessados em suas ações de modo a garantir gestões locais responsáveis e comprometidas com os princípios do SUS.

---

<sup>4</sup> Transferências da União (51%), Transferências dos estados (24%) e Transferências multigovernamentais (FUNDEF) (11%) segundo Lima (2007).

<sup>5</sup> É preciso ter cautela ao se comparar os recursos do SUS com os do FUNDEF, pois na sua totalidade os recursos do FUNDEF não representam uma fonte nova de recursos tributários para o município, a não ser pelos recursos transferidos pela União para fins de complementação das dotações por aluno nas esferas subnacionais que não atingem o valor mínimo estabelecido em Lei Federal. Dessa forma, analisando-se pelo SIOPS em 2002, as receitas provenientes das deduções foram mais importantes que os recursos de complementação da União. Pode-se inferir que as receitas do SUS desempenharam papel mais relevante que o FUNDEF como fonte de receita orçamentária para os municípios brasileiros, já que não agregam outros recursos previamente adquiridos (LIMA, 2007).

### 2.3 O processo orçamentário e as contas de saúde

A experiência de aplicação do *National Health Accounts* (NHA) em diversos países de média e baixa renda produziu, através da parceria entre a *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Manual de Contas Nacionais de Saúde (Guide to Producing National Health Accounts) que diferenciando as contas em saúde de outras formas de revisão de gastos, as conceituou como

[...] uma rigorosa classificação dos tipos e propósitos de todos os gastos e todos os atores envolvidos no sistema de saúde; uma completa contabilidade dos gastos de saúde, olhando a origem, a destinação ou objeto de gasto; uma rigorosa abordagem para catalogar, coletar e estimar todos estes fluxos financeiros relacionados com os gastos de saúde; e uma estrutura orientada para uma análise de acompanhamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O Gasto Público em Saúde (GPS), de acordo com a metodologia das Contas Nacionais de Saúde (CNS) da OMS, relaciona as entradas (receitas) e saídas (pagamento) de entidades de governo. As fontes são, em boa parte, de natureza tributária que incidem na produção (empresas e trabalhadores) ou no consumo (famílias) e financiam as ações realizadas pelos prestadores ou provedores de serviços.

As entidades públicas são os atores responsáveis legais pelo financiamento e controle social de determinada região ou país. As entidades públicas, geralmente, mas não necessariamente, são órgãos do aparelho de Estado que administram os recursos, agenciam e por isso, são denominados Agentes de Financiamento Federais, Estaduais e Municipais de Financiamento, no caso de exercerem a função de intermediários do financiamento. No setor privado, no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem classificado esses intermediários como “operadoras”, guardando o termo “estabelecimento” para a unidade prestadora de serviços, que pode ser a mesma entidade exercendo duas funções diferentes. Uma operadora pode ter vários estabelecimentos sob a sua gestão, pode ser pública ou privada, administrar recursos públicos e privados. Por exemplo, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) é a prestadora através de estabelecimentos como o Hospital Clériston Andrade, de Feira de Santana, ainda que a SESAB também atue como agente intermediário, uma vez que é ela que administra os recursos. Mas, quando recebe o pagamento do MS por determinados serviços ela fica na condição de prestadora. Por outro lado, ao passar o estabelecimento para a gestão municipal, apesar do hospital pertencer ao

estado, ele passará a ter a maior parte dos seus recursos agenciados pelo município, exceto, provavelmente, os recursos referentes à folha de pessoal do estado (COELHO et al, 2005).

Assim, o Manual de Contas Nacionais de Saúde (ou NHA – *National Health Accounts*) identifica quatro categorias básicas:

1. Fontes de Financiamento (*Sources*): são entidades que fornecem as verbas para a Saúde;
2. Agentes de Financiamento (*Financing Agents*): são conhecidos como intermediários de financiamento. Recebem verbas de fontes de financiamento e as usam para pagar por serviços de saúde, produtos e atividades;
3. Provedores (*Providers*): são os receptores finais das verbas de cuidados com a saúde. Distribuem os serviços de saúde, prestando serviço diretamente à clientela;
4. Atividades (*Functions*): referem-se aos serviços ou ações que os provedores oferecem com seus recursos.

No setor público, a ordenação dos recursos é feita ano a ano através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) que dizem como os entes federativos devem proceder (BALEEIRO, 2002) para elaborar seus orçamentos.

O orçamento público é caracterizado por possuir uma multiplicidade de aspectos: jurídico, político, contábil, econômico, financeiro, administrativo entre outros. Seu conceito tem sofrido uma série de modificações ao longo do tempo. O conceito mais tradicional define o orçamento como um quadro de técnica contábil para coordenar comparativamente despesas e receitas públicas, de sorte que o Estado possa imprimir ordem e método na administração (BALEEIRO, 2002). Modernamente, o orçamento é visto como um instrumento da administração para planejar, acompanhar a execução e controlar as operações do governo (GIACOMONI, 2007). Contudo, Baleeiro refere que o orçamento não é o único instrumento que dá visibilidade às finanças públicas. O balanço patrimonial da execução do orçamento, depois de findo o período, mostra como as previsões se realizaram e como as autorizações foram usadas. Para ele, o orçamento é peça importante de um governo sob a ótica jurídica devido a sua obrigatoriedade nos estados democráticos. No aspecto político, promove transparência da aplicação dos recursos públicos. No aspecto econômico, é peça importante para a apreciação dos efeitos da política fiscal. E no aspecto técnico, envolve o estabelecimento de regras práticas para consumação dos itens anteriores. Nesse trabalho, entende-se o orçamento dentro da conceituação mais moderna que o aproxima do planejamento.

No âmbito das finanças públicas, outros conceitos são importantes, o de receita e o de despesa, definidos segundo Baleeiro (2002, p. 120, *grifo nosso*) e que também serão adotados aqui como:

**Receita pública** é a entrada que, integrando-se no patrimônio público sem quaisquer reservas, condições ou correspondência no passivo, vem acrescer o seu vulto, como elemento novo e positivo [...]. **A despesa pública** pode ser entendida como o conjunto de dispêndios do estado, ou de outra pessoa de direito público, para o funcionamento dos serviços públicos.

No Brasil, as principais receitas federais de Saúde provêm das seguintes fontes: recursos fiscais, títulos do tesouro nacional, operação de crédito externo-moeda, recursos diretamente arrecadados, contribuições sociais, Contribuição sobre o Lucro da Pessoa Jurídica (COFINS), Contribuição sobre a Movimentação Financeira (CPMF), entre outras (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 218). A origem das fontes municipais foram relatadas resumidamente no item 2.2; as fontes de receitas do estado da Bahia se assemelham às dos municípios e estão classificadas segundo o Manual de Programação e Orçamento (BAHIA, 2004).

A classificação das fontes, dos agentes, dos prestadores e das atividades permite ordenar o gasto público e privado de cada sistema de saúde como um todo, mas também desagregá-lo na forma de gastos específicos através das categorias utilizadas. Existe também uma Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) que incorpora as ações de saúde em duas ou três categorias do ponto de vista estritamente econômico e, por este motivo, fica com o uso limitado para o setor da saúde (COELHO et al., 2005).

No Brasil, a classificação econômica da receita (fontes) orçamentária é estabelecida pela lei nº. 4.320/64 para sustentar o conceito com base no ingresso de recursos financeiros e não pelo reconhecimento do direito, conforme o princípio contábil da competência de registro (BRASIL, 2006a, p. 18). Essa classificação é adotada pelo SIOPS e também será adotada neste trabalho com as devidas adaptações. Segundo esse manual, a receita orçamentária é classificada em duas grandes categorias: Receitas Correntes<sup>6</sup> e Receitas de Capital<sup>7</sup>. As Receitas Correntes são subdivididas em Receitas Correntes Intra-Orçamentárias com o

---

<sup>6</sup> É o ingresso de recursos financeiros oriundos das atividades operacionais, para aplicação em despesas correspondentes, visando ao alcance dos objetivos constantes dos programas e ações de governo. São denominadas de receitas correntes porque não têm suas origens em operações de crédito, amortização de empréstimos e financiamentos nem alienação de componentes do ativo permanente (BRASIL, 2006a p. 18).

<sup>7</sup> É o ingresso de recursos financeiros oriundos de atividades operacionais ou não operacionais para aplicação em despesas operacionais, correntes ou de capital, visando ao alcance dos objetivos traçados nos programas e ações de governo. São denominados receita de capital porque são derivados da obtenção de recursos mediante a constituição de dívidas, amortização de empréstimos e financiamentos ou alienação de componentes do ativo permanente (BRASIL, 2006a, p. 21).

diferencial de serem oriundas de órgãos, fundos, autarquias, fundações, empresas estatais e outras entidades, no âmbito da mesma esfera de governo. Tanto as Receitas Correntes como as Receitas Correntes Intra-Orçamentárias são classificadas em subcategorias econômicas: Receita Tributária<sup>8</sup>, Receitas de Contribuições<sup>9</sup>, Receita Patrimonial<sup>10</sup>, Receita Agropecuária<sup>11</sup>, Receita Industrial<sup>12</sup>, Receita de Serviços<sup>13</sup>, Transferência Corrente<sup>14</sup> e Outras Receitas correntes<sup>15</sup>. As Receitas de Capital são subdivididas em Receitas de Capital Intra-Orçamentárias com o diferencial de serem oriundas de órgãos, fundos, autarquias, fundações, empresas estatais e outras entidades, no âmbito da mesma esfera de governo. Tanto as Receitas de Capital como as Receitas de Capital Intra-Orçamentário são classificadas em subcategorias econômicas: Operações de Crédito, Alienação de Bens, Amortização de Empréstimos, Transferências de Capital e Outras Receitas de Capital (BRASIL, 2006a, p. 22).

Aos Tribunais de Contas compete o exercício do papel de fiscalização contábil, financeira e orçamentária. A Constituição Brasileira prevê no art. 71 que “o controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União [...]”, e no art. 75 que “as constituições estaduais disporão sobre os Tribunais de Contas respectivos [...]”. O Tribunal de Contas, com sede na capital do país, funciona como órgão do Congresso destinado ao controle externo do orçamento, com jurisdição em todo o território nacional (BRASIL, 2006a, p. 452).

O Gasto Público com Saúde (GPS), uma vez sendo obtido através da metodologia das Contas Nacionais de Saúde (CNS ou NHA), pode se transformar em um indicador útil para a gestão financeira mediante o cálculo das seguintes medidas:

---

8 É o ingresso provenientes da arrecadação de impostos, taxas e contribuições de melhoria (BRASIL, 2006a.; p. 19)

9 É o ingresso proveniente de contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, como instrumento de intervenção nas respectivas áreas (BRASIL, 2006a., p. 20).

10 É o ingresso proveniente de rendimentos sobre investimentos do ativo permanente, de aplicações de disponibilidades em operações de mercado e outros rendimentos oriundos de renda de ativos permanentes (BRASIL, 2006a, p. 20).

11 É o ingresso proveniente da atividade ou da exploração agropecuária de origem vegetal ou animal (BRASIL, 2006a, p. 20)

12 É o ingresso proveniente da atividade industrial de extração mineral, de transformação, de construção e outras, provenientes das atividades industriais definidas como tal pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2006a, p. 20).

13 É o ingresso proveniente da prestação de serviços de transporte, saúde, comunicação, portuário, armazenagem, de inspeção e fiscalização, judiciário, processamento de dados, vendas de mercadorias e produtos inerentes à atividade da entidade e outros serviços (BRASIL, 2006a, p. 20).

14 É o ingresso proveniente de outros entes ou entidades, referente a recursos pertencentes ao ente ou entidade recebedora (BRASIL, 2006a, p. 20)

15 São os ingressos provenientes de outras origens não classificáveis nas subcategorias econômicas anteriores (BRASIL, 2006a, p. 20).

GPS/ *per capita* = mede o gasto público de saúde por habitante/ano;

GPSM/MEGPS = mede a relação entre o gasto público municipal e a média estadual do gasto público de Saúde (média da soma dos municípios);

GPSM/GPE = mede a relação entre o gasto municipal ou regional e o gasto estadual (inclui, além dos gastos municipais, os estaduais e federais no estado, entendendo que o numerador está contido no denominador).

Outras medidas da relação entre financiamento e produção de serviços, e a comparação com outros municípios ou microrregiões, poderão fornecer elementos para uma análise do desempenho da gestão no que se refere às categorias analíticas: responsabilidade e autonomia.

## 2.4 Responsabilidade

“A responsabilidade, concebida em sentido amplo como dever, obrigação e contraprestação, manifesta-se nos mais diversos campos da atividade humana. Estes lhe imprimem determinadas características [...]” (TAVARES, 1986, p. 1071). A responsabilidade jurídica - subdividida em responsabilidade civil, penal, comercial, trabalhista entre muitas outras - é exemplo dos diferentes tipos de responsabilidade.

Em seu significado essencial, o termo responsabilidade designa o ato de responder pelo desempenho de cargo, incumbência ou dever [...] Apesar da ambigüidade, a relação expressa pelo termo responsabilidade [...] remete à essência do governo” (LEISERSON, 1986, p. 1069).

Ainda para esse autor existem ambigüidade e incoerência no uso desse vocábulo devido à adoção de elementos isolados dessa definição. O ato de responder pode significar prestação de contas, capacidade discricionária, padrão jurídico de desempenho profissional ou lealdade a uma fonte de autoridade. Para ele, o problema na definição da responsabilidade existe em dois níveis:

1. em relação à responsabilidade constitucional de sistemas governamentais;
2. em relação à divisão de funções entre autoridades politicamente responsáveis e técnicos administrativos.

Leiserson (1986, p. 1070) diz que ambos os níveis são perpassados por divergências sobre a identificação do que é interesse público em situações conflitantes e

a distinção entre responsabilidade política e responsabilidade administrativa não pressupõe uma separação absoluta entre os administradores e a política. Ela subentende, porém, uma proteção para tais autoridades administrativas no exercício de sua atividade de aplicar esquemas técnicos e valores políticos na formulação e execução de um programa político.

Para Leiserson (1986), o sentido político da responsabilidade aplica-se em diversas situações:

1. **Para diferenciar o sistema político.** A distinção mais importante está na diferenciação de sistemas democráticos e autoritários. No primeiro, a responsabilidade é institucionalizada através de dispositivos constitucionais que fazem a distribuição dos poderes governamentais. Nos sistemas autoritários, a responsabilidade do governante é personalizada e exclusiva. Não há um poder intermediário entre o grupo político governante e um padrão externo imposto ao corpo político (vontade divina, princípio hereditário, conceito de adequação racial, uma fórmula política, um mito predominante, entre outros);
2. **Para diferenciar o cargo de função responsável do cargo de natureza técnica e administrativa.** A função responsável se aplica a certos cargos cujos ocupantes são obrigados a prestar contas ao eleitorado, enquanto não há essa exigência para os cargos de natureza administrativa;
3. **Para definição entre atos políticos e atos administrativos.** Para os primeiros a responsabilidade é avaliada por critérios imprecisos à luz de valores como autoridade, força, compromisso e negociação. Para os segundos, a responsabilidade é avaliada através de critérios legais, profissionais ou técnicos na implementação das decisões políticas;
4. **Para indicar uma serie de obrigações profissionais ou técnicas** no sentido que tal função implica o exercício de autoridade. Assim, o termo é usado tanto na esfera pública como na privada.

O escopo desse trabalho se detém apenas no que Leiserson (1986) chama de “responsabilidade constitucional de sistemas governamentais”. Ou seja, propõe-se a analisar o que está formalmente previsto nas leis vigentes e que incidem sobre a gestão financeira e da saúde.

Dentro da questão da responsabilidade cabe também uma discussão sobre ética. A existência de duas éticas é uma teoria que leva ao extremo a tese da separação entre os dois juízos não sobreponíveis e incompatíveis (BOBBIO, 2000). Para esse autor, um exemplo

clássico da teoria das duas moralidades é a teoria weberiana da distinção entre ética da convicção (também conhecida com ética dos princípios) e ética da responsabilidade (também conhecida como ética dos resultados). A primeira baseia-se em que antes da ação deve-se seguir a um princípio ou a uma norma que conduz à ação. A segunda, ao contrário, para emitir um juízo, analisa o que veio após, os resultados. As duas éticas não coincidem, pois o que é bom com relação aos princípios não significa que seja bom em relação aos resultados. E vice-versa. Para Weber apud Bobbio (2000), a ação do grande político não deve caminhar separada das duas éticas. Caso a ética dos princípios seja tomada ao extremo, caracteriza o político fanático. Ao contrário, se a ética dos resultados (ou da responsabilidade) for tomada ao extremo, representa o político cínico.

Para Jonas (2006), são muitos os aspectos nos quais se aplica o “princípio responsabilidade”, entre eles destaca-se, para fins desse trabalho:

1. **Responsabilidade legal** é aquela onde os danos causados devem ser reparados, ainda que a causa não tenha sido um ato mau e suas conseqüências não tenham sido previstas, nem desejadas;
2. **Responsabilidade moral** é aquela onde os danos não podem ser reparados, há culpa pela prática do ato mau e o castigo visa a restabelecer a ordem moral perturbada;
3. **Responsabilidade pelo o que se deve fazer.** Os dois aspectos anteriores são responsabilidades pelo que foi feito (*ex post facto*), aqui o poder se torna responsável por aquele ou aquilo que lhe foi confiado. É desse aspecto da responsabilidade que pode surgir (caso dotado de amor e devoção pelo ente amado a ponto de gerar preocupação pelo destino do mesmo) a ética da responsabilidade futura.
4. **Responsabilidade natural**, constituída pela natureza, irrevogável, não-rescindível, engloba a totalidade do objeto. O único caso conhecido é a relação parental.
5. **Responsabilidade “artificial”**, instituída a partir de uma aceitação de um encargo, por exemplo, a assunção de uma função. É sempre opcional e pode haver dispensa da obrigação assumida em qualquer época. Em muitos casos a verdadeira “causa” é a garantia da relação de lealdade que aproxima uma responsabilidade assumida de uma responsabilidade instituída pela natureza.

Considerando a teoria de Jonas, a gestão da saúde e a gestão financeira seriam uma responsabilidade legal, adquirida pela assunção de um cargo ou tarefa e o que significa responsabilidade pelo que se tem a fazer diante do poder adquirido. A gestão de Sistemas de Serviços de Saúde imprime características específicas do setor de saúde à discussão sobre responsabilidade. O termo Responsabilidade Sanitária é utilizado coloquialmente e

formalmente para sintetizar uma série de obrigações, formalizadas através da legislação constitucional e infraconstitucional, delegadas aos gestores dos Sistemas de Serviços de Saúde, como bem expressa este trecho de publicação conjunta do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Ministério da Saúde (2005, p. 2006, *grifo nosso*)

O gestor municipal de Saúde é responsável pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes, no âmbito do seu município. Deve, ainda, participar do processo de pactuação, em âmbito regional. Existem **dois níveis de responsabilização: a macrossanitária**, que exige, no caso, execução de serviços públicos de responsabilidade municipal, destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto dos recursos da Saúde, com bases em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde, planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal, e participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual; e **a microssanitária**, que é voltada aos aspectos próprios da população do município, com o estabelecimento de uma relação de compromisso entre os usuários e os operadores do SUS.

Embora o setor saúde tenha suas especificidades, está sujeito aos princípios gerais da responsabilidade apontados pelos diversos autores acima citados.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que não visou avaliar nenhum processo, mas, sim, relacionar os insumos (*in-puts*) financeiros com a sua distribuição intramunicipal comparando-os com as responsabilidades legais e sanitárias. Aqui as responsabilidades de gestão serão entendidas como atribuições da gestão e não do gestor, ainda que a pessoa do gestor seja o representante legal e, dessa forma, o “responsável” diante da prestação de contas. A responsabilidade discutida e analisada passou para um plano mais amplo, o que permitiu, um distanciamento relativo da pesquisadora (ex-gestora) com seu objeto (gestão financeira). Distanciamento subjetivo, mas fundamental para o bom andamento da pesquisa.

Os dados foram de natureza qualitativa (documentos) e quantitativa (valores financeiros e porcentagens) e identificados nas várias fontes, classificados, descritos na sua distribuição e analisados em seus significados relacionais como: informações que alimenta as decisões; recursos financeiros que custeiam as ações (GPS); *proxy*<sup>16</sup> da responsabilidade da gestão (cumprimento das metas orçamentárias, realização do que foi planejado); discussão da autonomia municipal diante das priorização dos problemas de saúde, das habilitações normativas e das responsabilidades legais e fiscais. Dessa forma, o estudo pode também ser entendido como um estudo de caso, que pode ter “enfoque qualitativo e exploratório [...] embora muitas facetas possam ser quantificadas” (PEREIRA, 1994, p. 270), uma vez que relacionou o texto documental com dados oriundos de registros numéricos.

#### 3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo de caso do município de Santo Antonio de Jesus, na condição de município pólo da sua microrregião, para analisar a gestão dos recursos financeiros do SUS. Essa estratégia pareceu ser a mais indicada por se tratar de um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, em que o pesquisador não teve controle sobre a ocorrência dos eventos estudados no momento do estudo (YIN, 2005) e por tratar-se de “[...]”

---

<sup>16</sup> Proxy é um termo utilizado em Economia da Saúde para definir um indicador que permite uma aproximação com a realidade a ser medida (COELHO et al., 2006).

avaliação inicial de problemas ainda mal conhecidos e cujas características ou variações naturais não foram convenientemente detalhadas” (PEREIRA, 2006, p. 270).

O caso foi o município e tomou-se como objeto a “gestão financeira”. Para analisar o objeto, no sentido de examinar criticamente, como diz Ferreira (1999), descreveu-se minuciosamente o fluxo do dinheiro da sua origem até o seu uso. Utilizou-se, como categorias de análise, o planejamento e a execução dos recursos financeiros. A decisão de fazer ou não fazer é inferida através do “realizado” sobre o “programado”. Mas, como não se pôde conhecer a fundo todos os fatores processuais que interferiram na produção dessa decisão e na sua execução, o que se apresentou para análise foi o resultado enquanto gasto <sup>17</sup> e ação realizada.

A responsabilidade foi discutida dentro de uma perspectiva mais normativa de obrigação, como parâmetro que orienta a decisão. Nesse sentido, portanto, foi entendida como uma racionalidade administrativa (COELHO; PAIM, 2005). No entanto, foi discutida como um valor (moralidade) que deveria orientar as ações, e que para ser atendido deveria se utilizar de parâmetros legais, estratégias técnicas (*ratio*)<sup>18</sup>, políticas (poder) e ideológicas (TESTA, 1992). O primeiro tipo de resultado foi o produto da análise do fluxo do dinheiro comparado com o cumprimento das responsabilidades legais e sanitárias<sup>19</sup>. O segundo resultado emergiu da discussão entre os tipos de responsabilidades e a sua relação com a autonomia financeira municipal proposta pela descentralização.

### 3.2 Recorte geográfico e temporal do estudo

O município eleito para a realização do estudo foi Santo Antônio de Jesus por ser um dos mais importantes municípios do recôncavo baiano. De acordo com dados do IBGE (2005), possui uma população de 85.536 habitantes, sendo 77.368 habitantes residentes na área urbana. Com uma extensão territorial de 259, 21 Km<sup>2</sup>, encontra-se situada à margem da rodovia BR 101 e dista da capital Salvador 187 Km, por via terrestre, e 90 Km por via

---

<sup>17</sup>Gastos com saúde englobam todos os gastos com atividades cuja proposta primária é restabelecer, melhorar e manter a saúde da população e indivíduos durante um período de tempo definido (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003).

<sup>18</sup>Ratio (latim) significa razão. ...

<sup>19</sup>Responsabilidade sanitária é entendida aqui conforme a definição de Brasil (2005) referida no capítulo anterior da fundamentação teórica.

marítima. Delimita-se com os municípios de Varzedo, Conceição do Almeida, Aratuípe, Laje, Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Elízio Medrado e São Miguel.

O município de Santo Antônio de Jesus foi habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde em novembro de 2005 e iniciou o seu processo de reorganização da assistência à saúde em 1998 com a adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família. Compôs a macrorregião Nordeste até o ano 2006 (BAHIA, 2006a) e atualmente integra a macrorregião Leste, segundo a última atualização do Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2007). Adquire especial importância como campo deste estudo por ser município sede de Região Administrativa de Saúde (4ª DIRES), sede de módulo assistencial e município-pólo da microrregião assistencial de saúde. A microrregião em que está situado é composta por uma população de 453.653 habitantes e sua área de influência ultrapassa os limites da microrregião de saúde, chegando aos municípios de Itaparica, Vera Cruz, Valença, Gandú, Tancredo Neves, entre outros.

O ano de 2005 foi escolhido como recorte temporal por: tratar-se do momento em que se efetivou a municipalização da saúde com a assunção à Gestão Plena do Sistema conforme os preceitos da NOAS 2001/01; facilidade da autora no acesso aos dados para a pesquisa relativos a esse ano; e garantia de cumprimento do cronograma da pesquisa (coleta de dados prevista para iniciar em março/2007) visto que os arquivos contábeis e alguns documentos necessários referentes a 2006 somente seriam disponibilizados de sessenta a noventa dias após o encerramento do ano contábil (abril ou maio/2007).

A seguir serão contemplados alguns aspectos mais relevantes sobre o município campo do estudo. Aqui não se pretende esgotar a descrição do município, mas apenas propiciar uma contextualização do ambiente em que ele está inserido para facilitar a compreensão do objeto de estudo.

### **3.2.1 Aspectos Históricos**

Segundo Queiroz (1995), os primeiros colonos foram atraídos pela excelência das matas e fertilidade das terras. A origem territorial do município coincide em parte com a sesmaria concedida a Antonio de Souza Andrade e João Borges de Escobar, em 1644. A colonização é atribuída destacadamente ao Padre Matheus Vieira de Azevedo. Segundo o mesmo autor, o mesmo residia na rua Direita da Quitanda, em Nazaré das Farinhas, e

realizava missas e batizados pela região. O Padre Matheus adquiriu um imóvel rural nas proximidades do rio Sururu, onde fixou residência e lá ergueu um oratório sob invocação à Santo Antônio. Em pouco tempo, o oratório se tornou ponto de convergência de uma região cada vez mais ampliada. Em 1779, a capela do Padre Matheus estava concluída e, daí por diante, novos moradores foram surgindo e erguendo casas ao seu redor, formando, assim, um núcleo urbano. Por volta de 1832, foram criados e instalados o Juizado de Paz, a Guarda Nacional, escolas públicas e particulares, e a capela templo transformou-se em capela-arraial ao lado de seu comércio crescente. Em 1852, logrou-se a criação da freguesia e a capela do Padre Matheus transformou-se em Igreja Matriz (QUEIROZ, 1995).

Em 29 de maio de 1880, a freguesia é elevada à categoria de Vila, ficando, assim, desmembrada de Nazaré, pela lei nº 1952. Nesse mesmo ano, a 7 de setembro, foi inaugurada a estrada de ferro, da qual Santo Antônio de Jesus seria fim-de-linha durante dez anos. Com isso, o comércio local tomou grande impulso e engrandeceu a população. Em 30 de Junho de 1891, o governo do estado resolveu elevar Santo Antônio de Jesus à categoria de cidade (QUEIROZ, 1995). No século XX, Santo Antônio de Jesus foi marcada pelo desenvolvimento da cidade e o aspecto comercial veio a se notabilizar. Foram fundadas as filarmônicas Amantes da Lira e Carlos Gomes, e a Santa Casa de Misericórdia. Ainda na década de 30, um ilustre santantoniense, Dr. Landulfo Alves de Almeida, foi nomeado o Interventor Federal no Estado, o qual construiu o prédio da Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus. Em 1947, foi criada a comarca de Santo Antônio de Jesus. Na década de 70, com a chegada de importante rodovia federal, a BR 101, e da luz elétrica definitiva, o município ganhou outro grande impulso (QUEIROZ,1995).

### **3.2.2 Aspectos Econômicos**

As características espaciais, locacionais e físicas de Santo Antônio de Jesus lhe atribuíram a condição de pólo comercial da região que abrange cerca de 40 cidades em um entorno de raio de 100 km de distância e totaliza uma população de 732.784 habitantes. Por causa da sua localização privilegiada, próxima à rodovia BR 101, o município vem se constituindo, nos últimos 20 anos, em uma importante região de comércio no ramo automobilístico, com estabelecimento de concessionárias, revendedoras de autopeças, oficinas mecânicas e reformadoras de pneus. O seu mercado consumidor se constitui de toda região

do recôncavo, vale do Jiquiriça, baixo sul, Salvador e algumas cidades do sul do estado (BAHIA, 2006b).

O Produto Interno Bruto em 2002 foi 253,62 milhões de reais, que distribuído pela população (PIB *per capita*), ficou em torno de R\$3.126,94 *per capita*. Em 2003, o PIB já havia se elevado, de acordo com estimativas preliminares, para 279,89 milhões de reais (BAHIA, 2006b). Por localizar-se fora do polígono da seca e numa região rica e progressista, o município está em franco desenvolvimento, oferecendo à população e às empresas que nele se instalam inúmeras condições para uma melhor qualidade de vida e desenvolvimento de suas atividades (BAHIA, 2006b).

Uma importante atividade do setor terciário no município refere-se à comercialização de fogos que tem sido uma alternativa de emprego para uma parte significativa da população local. O Projeto Fênix orienta os produtores, que são submetidos a cursos profissionalizantes e treinamentos para total segurança no fabrico de fogos. Hoje, há 120 pequenos produtores em busca da regularização; dentre eles, 45 já regularizados em 12 pequenas indústrias em processo de instalação (BAHIA, 2006b).

### **3.2.3 Dados Demográficos**

Nos últimos 30 anos, a população do município mais do que duplicou com uma expansão na ordem de 135%. A população urbana quase quadruplicou, crescendo 215%, enquanto que a população rural permaneceu praticamente inalterada. A taxa de diminuição da população rural foi de 0,25% ao ano, já a de crescimento urbano foi de 3,90%. Esses valores estatísticos estão de acordo com a crescente importância da cidade como pólo regional de comércio e serviços, mas trazem novos desafios para a gestão (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2002).

### **3.2.4 Indicadores de Saneamento Básico e Habitação**

Em Santo Antônio de Jesus o abastecimento de água é realizado pela EMBASA, com ponto de captação na Barragem do Rio da Dona. Conforme dados da EMBASA, o Sistema de

Abastecimento alcança um índice de cobertura municipal de 95.2%, enquanto os dados do SIAB/2006 no Quadro 1 apontam 87.91% para zona urbana e 3.17% para zona rural. Esta distorção provavelmente seja em decorrência da falta de conhecimento por parte da empresa de abastecimento de água da situação real de cada domicílio que muitas vezes está cadastrado na Embasa como ligado ao abastecimento público, mas não o utiliza ou pela falta de cobertura total do número de domicílios pelo PACS/PSF. Na zona rural a maior fonte de abastecimento são os poços ou nascentes atingindo um percentual de 90.04%.

A cidade não tem um sistema coletor separador absoluto e de tratamento de seus esgotos. Segundo dados da EMBASA, apenas dois conjunto habitacionais possuem Sistema de Esgotamento Sanitário, perfazendo para o município um índice de cobertura de 7.5%. Segundo dados do SIAB/2005, a proporção de domicílios ligados à rede de esgoto é de 62.30% na zona urbana e 0.26% na zona rural. Esta discordância provavelmente deve-se à distorção dos dados do SIAB colhidos primariamente pelos agentes comunitários de saúde que não conseguem discernir entre esgotamento sanitário ligado a um sistema de tratamento de esgoto e ligações clandestinas de esgotos à rede de drenagem de água pluvial.

Indicador		% Zona Urbana	% Zona Rural
Abastecimento de Água	1-Rede Pública	87.91	3.17
	2-Poço ou Nascente	10.61	90.04
	3-Outros	1.48	6.79
Destino de Dejetos	1-Sistema de Esgoto	62.30	0.26
	2-Fossa	29.34	52.00
	3-Céu Aberto	8.36	47.74
Destino do Lixo	1. Coleta Pública	90.40	1.57
	2 Queimado/Enterrado	4.00	46.55
	3-Céu Aberto	5.60	51.88
Habitação	1-Tijolo/Adobe	98.27	83.33
	2-Taipa Revestida	0.37	3.06
	3-Taipa não Revestida	0.18	2.13
	4-Madeira	0.06	0.04
	5-Material Aproveitado	1.12	0.15
	6-Outros	0	11.30

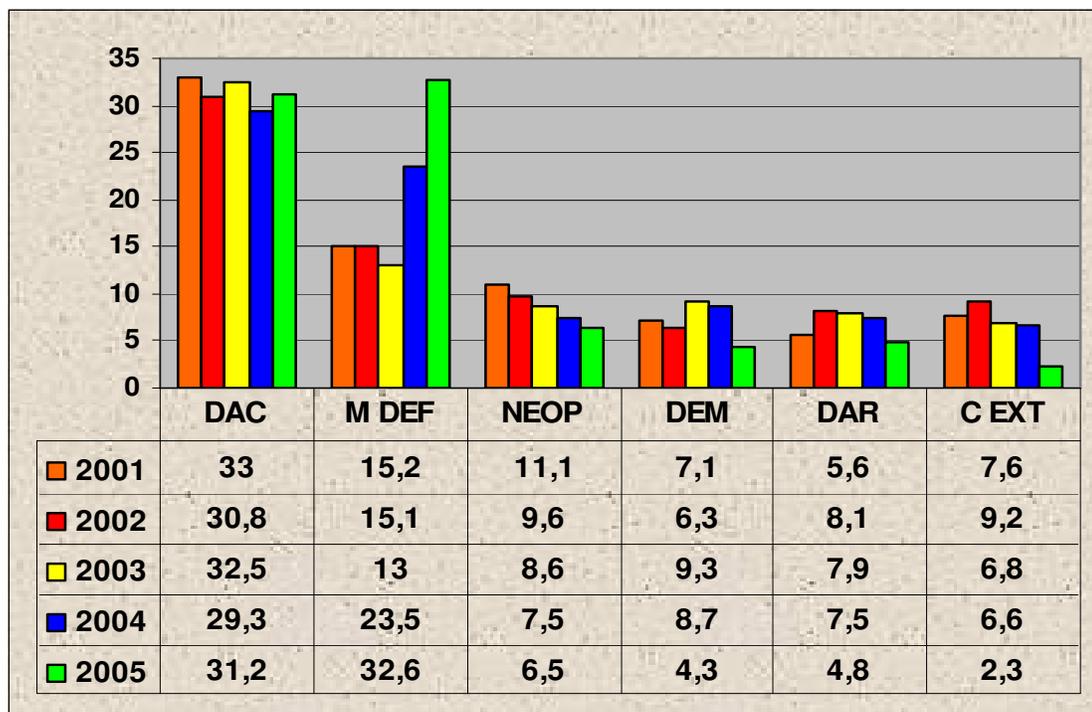
**Quadro 1** - Indicadores de Saneamento Básico e Habitação por Zona Urbana e Rural em Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: SIAB Municipal/2006.

### 3.2.5 Perfil Epidemiológico

#### Mortalidade Geral

A análise de mortalidade, no Brasil, ainda é realizada com certas limitações e imprecisões, quer devido às técnicas indiretas utilizadas para estimar o número de óbitos, assim como à qualidade de captura destes óbitos pelas Unidades Federadas. No município de Santo Antônio de Jesus, observa-se um decréscimo da taxa de mortalidade geral nos anos 2003, 2004 e 2005 (5,4/1000; 5,2/1000; 4,9/1000 respectivamente). Enquanto no Brasil e no Nordeste a taxa média de mortalidade nos últimos três anos foram 5.6/1000 e 5.2/1000<sup>20</sup>.



**Gráfico 1** - Proporção de óbitos segundo Grupo de Causas, em residentes no município de Santo Antônio de Jesus 2001 a 2005.

Fonte: DICS/SESAB/DATASUS/SIM. DAC: Doenças do Aparelho Circulatório M DEF: Mal Definidas NEOP: Neoplasias DEM: Doenças Endócrinas e do Metabolismo DAR: Doenças do Aparelho Respiratório C EXT: Causas Externas

<sup>20</sup> Segundo dados do DATASUS Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2008.

Entre os principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças, para os óbitos gerais, durante o período de 2001 a 2005, observa-se que as doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar com média de **31.2%**, seguidas das neoplasias com média de **8.7%**, doenças endócrinas com média de **7.1%**, doenças do aparelho respiratório com média de **6.8%**, causas externas com média de **6.8%** e no sétimo lugar com **5,3%**, as doenças infecciosas e parasitárias que, num passado recente, representaram o maior flagelo da humanidade.

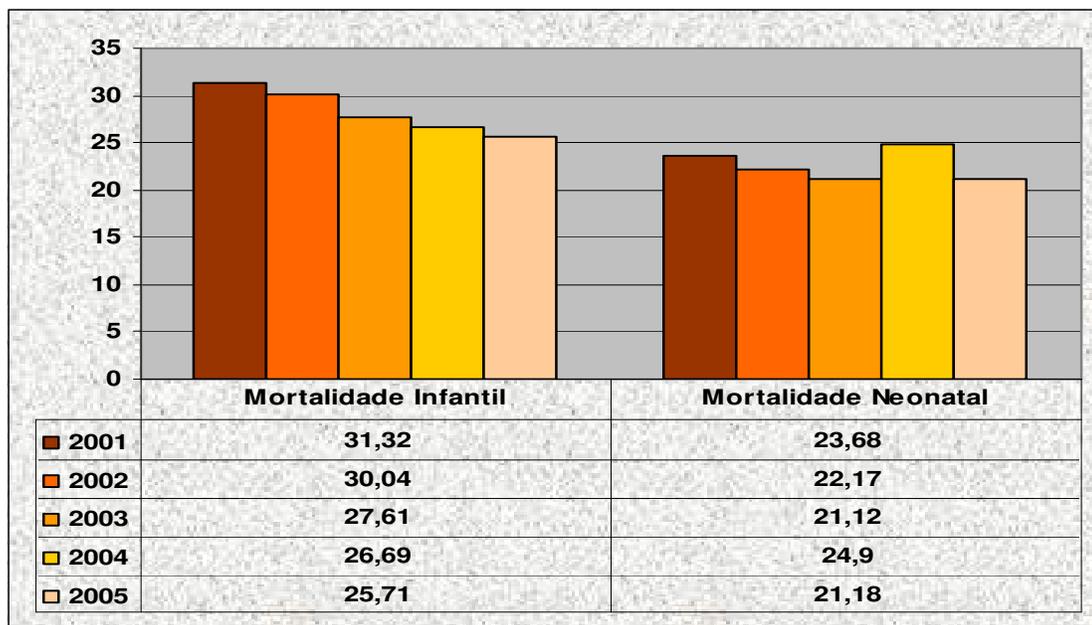
As causas mal definidas se apresentaram com alto percentual em relação ao total de óbitos, assim é que nessa série a média dos últimos 5 anos ficou em **19.6 %**, demonstrando crescimento no período de 2001 a 2005 (Gráfico 1), e mais acentuado de 2004 a 2005. De forma que a interpretação da redução dos óbitos de alguma causa específica, fica prejudicada porque é provável que o aumento das causas desconhecidas tenha levado à diminuição relativa das outras causas. Essa situação pode retratar:

1. a qualidade do preenchimento das declarações de óbitos, fator intimamente ligado à categoria médica;
2. a deficiência no acesso aos serviços de saúde gerando mortes sem assistência médica;
3. mudanças no processo de codificação dos óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade.

Como não é provável supor que a qualidade do preenchimento das declarações de óbito ou dos serviços de saúde tenha piorado em um ano, seria conveniente verificar o processo de codificação.

### **Mortalidade Infantil**

A comparação entre as taxas de mortalidade infantil e neonatal (Gráfico 2) permite avaliar o significativo contingente de mortes neonatais. Em 2005, os óbitos neonatais representaram 80.6% dos óbitos totais de menores de um ano no município de Santo Antônio de Jesus. A redução da taxa de Mortalidade Infantil e da taxa do componente neonatal, como aparece no Gráfico 2, mostra uma tendência geral de decréscimo da mortalidade infantil como um todo, mas uma estagnação do componente neonatal.



**Gráfico 2** - Taxa de Mortalidade Infantil e Neonatal, por 1000 nascidos vivos, no município de Santo Antônio de Jesus no período de 2001 a 2005.

Fonte: DICS/SESAB/DATASUS/SIM

Apesar da taxa de mortalidade neonatal em 2005 de **21,18** por 1000 nascidos vivos em 2005 ter sido superior à da Bahia (**9.2** por 1000 nascidos vivos) e a do Brasil (**12.48** por 1000 nascidos vivos)<sup>21</sup>. O município tem alcançado a meta prevista no indicador Taxa de Mortalidade Infantil na PPI da Atenção Básica com diminuição progressiva nos últimos cinco anos (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).

### Morbidade

A análise dos grupos e causas de internamentos por faixa etária no município de Santo Antônio de Jesus descritas no Quadro 2, aponta em primeiro lugar as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (**26.4%**) em uma faixa etária de 10 a 49 anos, referindo-se conseqüentemente às mulheres em idade fértil. Em segundo e terceiro lugares estão as doenças do aparelho circulatório (**10.5%**) e digestivo (**10.4%**), ambas predominantes na faixa etária de 50 anos a mais (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).

<sup>21</sup> Dados extraídos de Bahia (2006a) onde refere como fontes MS/SVS e DATASUS.

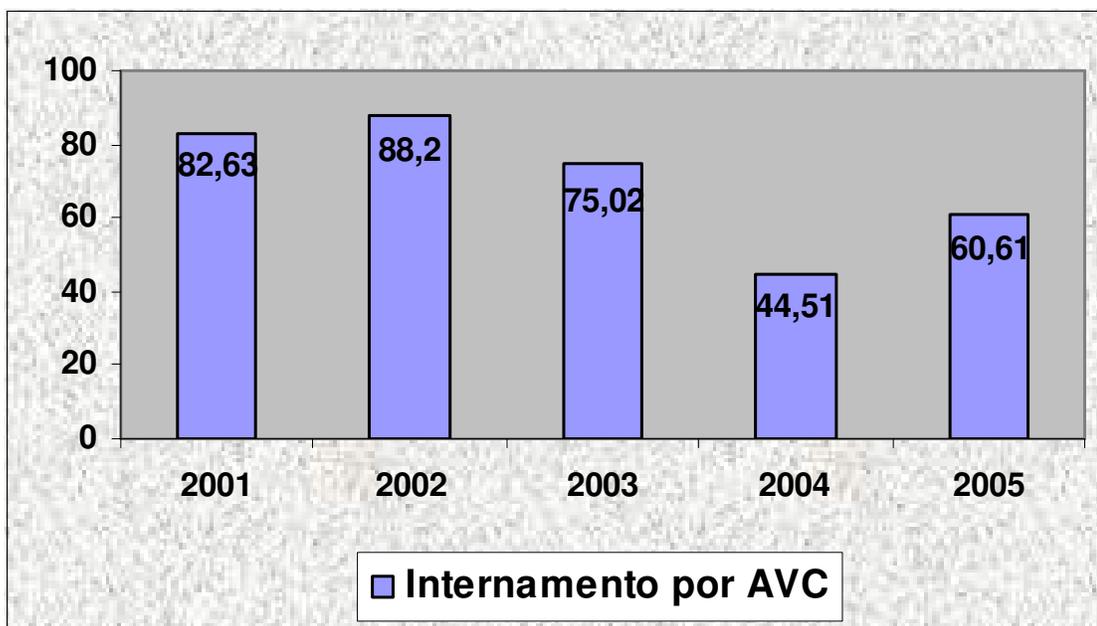
Idade \ Causas	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 54	65 +	Média porcentual
D.Infecciosas e Parasitárias	19.5	48.2	27.3	9.6	5.0	3.5	5.3	5.9	9.4
Neoplasias	0.3	0.7	1.7	3.0	1.5	8.0	7.0	7.4	5.9
D. Aparelho Circulatório	0.7	0.2	0.4	1.5	1.7	7.7	30.0	30.2	10.5
D. Aparelho Respiratório	18.2	26.4	21.1	14.8	1.2	2.5	6.9	11.1	7.4
D. Aparelho Digestivo	2.7	8.6	12.0	12.6	6.7	9.8	20.9	10.0	10.4
D. Aparelho Geniturinário	1.0	3.4	5.8	10.4	8.3	11.2	5.3	7.4	8.6
Grav., Parto e Puerpério	-	-	-	8.1	63.8	40.4	-	-	26.4
Afec Período Perinatal	51.4	-	-	-	-	-	-	-	2.6
Causas Externas	1.4	7.2	17.4	21.5	7.1	8.1	6.7	3.6	7.7
Outras	4.8	5.3	14.3	18.5	4.7	8.8	17.9	24.4	11.1
<b>Total</b>	<b>100</b>								

**Quadro 2** - Distribuição percentual de Grupos de Causas de Internamento por faixa etária (CID 10), no município de Santo Antônio de Jesus no período de 2001 a 2005.  
Fonte: DICS/SESAB, DATASUS/SIH.

As doenças infecciosas e parasitárias ocupam o quarto lugar (9.4%), atingindo a faixa etária de menores de ano até nove anos, apresentando maior proporção nas crianças de um a quatro anos (48.2%), como se pode observar no Quadro 2. Esse grupo de doenças se reveste de importância pelo seu expressivo impacto social, já que está diretamente associado à pobreza e à qualidade de vida, enquadrando patologias relacionadas a condições de habitação, alimentação e higiene precária (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).

As doenças do aparelho respiratório representam 7.4% das causas de internamento hospitalar e aparece predominantemente na população de um a quatro anos (26.4%), tendo também uma representatividade nos maiores de 60 anos (11.1%) como demonstrada no Quadro 2. A qualidade da atenção básica é um fator determinante para diminuir as internações de patologias do aparelho respiratório (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).

As afecções do período perinatal correspondem a 51.4% das internações hospitalares em menores de um ano, porém atingem um percentual pouco expressivo de 2.6% em relação a todas as causas devido à especificidade de ocorrência em determinada faixa etária (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).



**Gráfico 3** - Taxa de Internamento Hospitalar por Acidente Vascular Cerebral, no município de Santo Antônio de Jesus no período de 2001 a 2005.

Fonte: DICS/SESAB, DATASUS/SIH

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das causas mais importantes de internação hospitalar em todo o mundo. Nos últimos cinco anos em Santo Antonio de Jesus, pode-se observar maior índice em 2002 (**88.2%**) e menor em 2004 (**44.51%**), como pode ser visto no Gráfico 3. O controle de doenças como hipertensão e diabetes e a adesão aos hábitos saudáveis pode diminuir a ocorrência de casos de AVC (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).

O Pacto pela Saúde/2006 enfatiza a mudança de comportamento na população de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável, combate ao tabagismo garantido assim a promoção da saúde e minimizando os riscos de acidente vascular cerebral. A taxa de internamento por complicações da *diabete mellitus* se constitui um dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e pode refletir a qualidade da assistência ao portador de diabetes na atenção básica. O município de Santo Antonio de Jesus internou por essa causa, em 2004, 1.6% do total dos internamentos; e no ano de 2005 internou 2.5% (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006).

### 3.2.6 A rede física de assistência à saúde

O município possui três unidades hospitalares para o SUS, uma unidade privada sem fins lucrativos e outras duas privadas com fins lucrativos, que oferecem 138 leitos, sendo 24 na unidade privada: AME, e 114 na filantrópica - Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus/Hospital Maternidade Luiz Argolo. A outra unidade hospitalar privada não realiza internamento para o SUS, é contratada para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). No Quadro 3 encontram-se discriminados todos os estabelecimentos de saúde do município no ano do estudo, e no Quadro 4 encontram-se distribuídos os leitos hospitalares por especialidades.

Tipo de Unidade	Público	Privado não conveniado do SUS	Privado Conveniado ao SUS
Unidades de Saúde da Família	16	-	-
Unidade Básica de Saúde	03	-	-
Postos de Saúde/Zona Rural	09	-	-
Unidade Móvel	01	-	-
CAPS	01	-	-
Hospitais	-	-	03
Clínicas	-	07	07
Clínicas Odontológicas	-	03	-
Laboratórios de Análises Clínicas	01	03	04

**Quadro 3** - Estabelecimentos de saúde de Santo Antônio de Jesus em 2005.

Fonte: Relatório de Gestão 2005/ SMS, CNES/DATASUS.'

Unidade	Cirurgia	Obstetrícia	C. Médica	FPT	Pediatria
<b>AME</b>	07	09	07	01	-
<b>HMLA</b>	19	19	23	-	23
<b>Total</b>	26	28	60	01	23

**Quadro 4** - Leitos por especialidades de Santo Antônio de Jesus em 2005.

Fonte: CNES

### 3.2.7 Recursos Humanos

O quadro de recursos humanos da Secretaria de Saúde em 2005, possuía 101 funcionários, incluindo os efetivos e contratados. Destes, 13 estão prestando serviço na Central de Marcação, 06 no Almoxarifado e 01 no SAM (Serviço de Atendimento Municipal) que são setores localizados fora da estrutura central da secretaria. Os demais servidores estavam lotados nas unidades de saúde, conforme descrito no Quadro 5.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>
Médico PSF	16
Médico Clínico	09
Cardiologista	02
Urologista	01
Pediatra	03
Radiologista	01
Enfermeiro PSF	16
Enfermeiro UBS	03
Odontólogo PSF	14
Odontólogo UBS	04
Técnico de Enfermagem	37
Auxiliar de Enfermagem	15
Auxiliar de Consultório Dentário	14
Técnico em Higiêne Dental	01
Técnico em Radiologia	01
Agentes Administrativos	34
Auxiliar de Serviços Gerais	37
Auxiliar de Laboratório	02
Agentes Comunitários de Saúde	145
Farmacêutico	02
Ginecologistas	07
Agentes de Endemia	42

**Quadro 5** - Número e categoria profissional dos recursos humanos lotados nas unidades de saúde em Santo Antônio de Jesus no ano 2005.

Fonte: Relatório de Gestão 2005/SMS.

### **3.3 Instrumentos de Coleta e Análise dos Dados: as contas de saúde.**

Os dados sobre o financiamento foram coletados através de instrumento de contas cujo modelo foi desenvolvido inicialmente nos EUA de Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts*) – NHA e aperfeiçoado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); a

metodologia de Contas Nacionais adota os princípios básicos do *System of Health Accounts* (SHA) da OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) contidos no Manual de Classificação do SHA, o *International Classification for Health Accounts* (ICHA). O NHA tem sido utilizado em vários países em desenvolvimento, em especial na América Latina (MAGNOLI, 2001). Ao adaptar as Contas Nacionais da OMS para o sistema de classificação utilizado pelos sistemas de informação brasileiros, como o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e o Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), Coelho e outros (2006, p. 40) obtiveram uma proximidade com o fluxo financeiro dos municípios baianos. O uso da metodologia conforme a proposta por esses autores, permitiu

[...] conhecer os problemas que podem ocorrer no preenchimento das informações do SIOPS, ratificando estudos anteriores que informavam sobre os erros mais frequentes na apuração de receitas, levando à contagem dupla ou sub-contabilização de valores [...] levantar questões mais fundamentadas que subsidiem a discussão responsável entre a gestão municipal, a universidade e a comunidade; visualizar a magnitude dos gastos públicos.

Assim, é necessário “sair do estágio de mera contabilização dos recursos para a análise aprofundada das suas contas com o objetivo de promover uma alocação mais eficiente e o controle social efetivo e democrático” (COELHO et al, 2006, p. 40). Trata-se, portanto de uma ferramenta para a “síntese, descrição e análise das informações financeiras para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde ” (COELHO et al., 2005, p. 32).

O modelo do NHA utiliza-se de tabelas com quatro categorias básicas da atenção à saúde: fontes, agentes financeiros, provedores e atividades, conforme definido em 2.3. Dessa forma, a identificação detalhada de cada fonte e o fluxo dos recursos até as atividades específicas permitem identificar como cada serviço é financiado.

O SHA utiliza 10 tabelas e o NHA trabalha com nove tabelas, contudo recomenda o uso de quatro tabelas básicas para os países em desenvolvimento. Como o SHA é mais útil para sistemas de saúde com uma única fonte de recursos, o NHA desagrega as categorias tornado-as mais flexíveis e adequadas à complexidade de países como o Brasil. A metodologia do NHA permite uma melhor distinção entre as formas de prestação de serviços de saúde, superando, inclusive, a dicotomia público-privado.

O Quadro 6 mostra as tabelas preconizadas pelo SHA e as básicas do NHA que foram adaptadas por Coelho e outros (2005, 2006) para uso no Brasil em estados e municípios e que serão utilizadas nesse trabalho.

TABELAS DA OECD (SHA)	TABELAS BÁSICAS DO NHA
<p>Tabela 1. Gasto Corrente em Saúde por Atividade, Provedor e Fontes de Financiamento.</p> <p>Tabela 2. Gasto Corrente em Saúde por atividade e provedor.</p> <p>Tabela 3. Gasto Corrente em Saúde por Provedor e fontes de financiamento.</p> <p>Tabela 4. Gasto Corrente em Saúde por Atividade e Fonte de Financiamento.</p> <p>Tabela 5. Gasto Total em Saúde incluindo Atividades relacionadas à Saúde.</p> <p>Tabela 6. Gasto Individual em Saúde por Categorias Maiores - ICD.</p> <p>Tabela 7. Gasto Individual em Saúde por idade e gênero.</p> <p>Tabela 8. Índices de Preço Seleccionados para atenção de saúde.</p> <p>Tabela 9. Comércio Internacional em Saúde.</p> <p>Tabela 10. Emprego Total em Saúde.</p>	<p>Tabela 1. Fontes de Financiamento por Agentes de Financiamento.</p> <p>Tabela 2. Agentes de Financiamento por Provedores.</p> <p>Tabela 3. Agentes de Financiamento por Funções (atividades).</p> <p>Tabela 4. Provedores por Funções (atividades).</p>

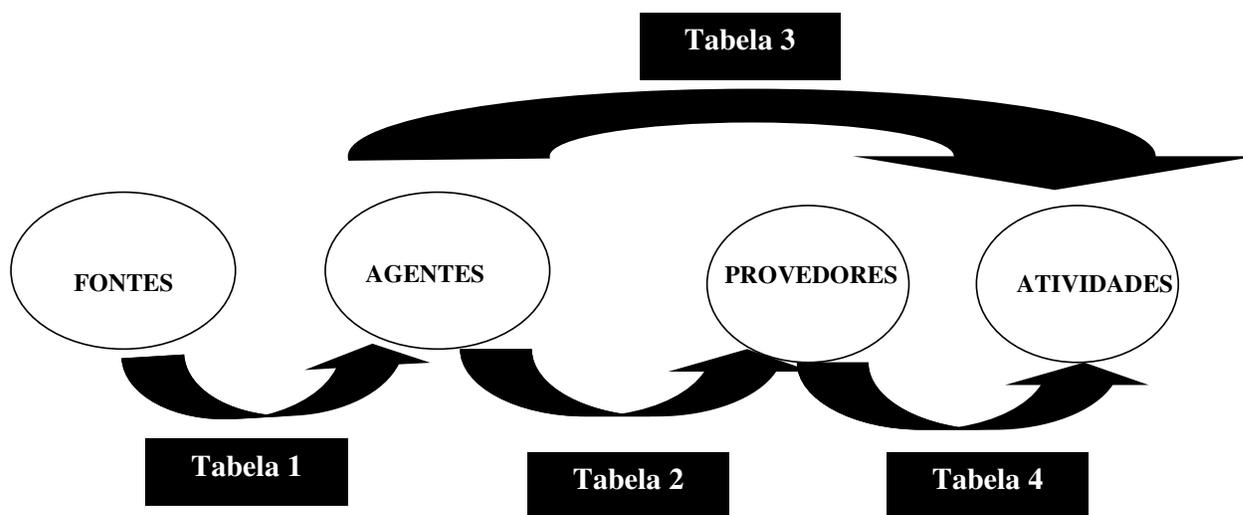
**Quadro 6** - Tabelas da OECD (SHA) e Tabelas Básicas do NHA (OMS).

Fonte: Coelho e outros (2005).

Para as tabelas 3 e 4, referidas no Quadro 6, houve necessidade, nesse trabalho, de adaptação das atividades (funções) propostas pela metodologia NHA para a classificação utilizada pela Tabela de Procedimentos SIA/SUS<sup>22</sup>. Essa adaptação permitiu que se utilizasse uma fonte de dados primários presente em todos os municípios brasileiros<sup>23</sup> e com isso se evitou a estimativa de algumas atividades de saúde propostas pela metodologia do NHA. Os dados do setor privado **não** conveniado do SUS não foram acessíveis, assim como alguns dados dos provedores sob o comando do estado, de forma que as tabelas foram preenchidas parcialmente. Esse fato, entretanto não ocasionou problema, já que os recursos geridos (intermediados) pelo estado e setor privado não conveniado, não são os objetos de estudo desse trabalho.

<sup>22</sup> A primeira tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares foi concluída em 1998 e implantada pelas portarias: GM/MS N°. 18/99 e SAS/MS N°. 35/99. São instrumentos que codificam os procedimentos e atos realizados em todo o SUS para a alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH). A tabela vigente em 2005 apresentava 33 Grupos de procedimentos, 224 subgrupos e 2.718 atos de assistência à saúde codificada. As estruturas das tabelas de procedimentos do SIA e SIH passaram por uma completa revisão entre o período de 2003 e 2007 (BRASIL, 2008), culminando na sua unificação através das portarias: PT GM/MS N°. 321 de 8 de fevereiro de 2007 e PT GM/MS N°. 1.541 de 27 de junho de 2007. Atualmente existe apenas uma única tabela de procedimentos do SUS denominada: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

<sup>23</sup> Os relatórios do SIH/SUS e os relatórios do SIA/SUS.



**Diagrama 1** - Representação gráfica do caminho percorrido pelo recurso financeiro no processo de financiamento do SUS e a etapa correspondente registrada por cada tabela da metodologia do NHA.

Cada tabela do NHA é bi-dimensional e apresenta o fluxo dos fundos (verbas) de uma categoria de entidade de saúde para outra, isto é, quanto é gasto por cada dimensão de cuidados com saúde e para onde essas verbas são transferidas (COELHO et al., 2005). As quatro tabelas básicas do NHA estão representadas no Diagrama 1; elas registram momentos diferentes do fluxo financeiro e expressam o gasto total com saúde. O resultado total de todas as quatro tabelas devem ser exatamente iguais, já que cada tabela registra pontos diferentes do fluxo do mesmo montante de dinheiro.

O NHA mensura os gastos em saúde como um percentual do PIB e recomenda o uso de definições mais precisas para noções como “gastos” e “orçamentos”, essenciais para as estimativas financeiras utilizadas. Assim, “gastos” em saúde são definidos pelo NHA como

todos os gastos envolvidos na atividade econômica, feitos com a intenção de promover saúde, mudar comportamentos relacionados à saúde ou modificar o desempenho do sistema ou do seu financiamento durante um período de tempo definido (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003, p. 4, tradução nossa)

Magnoli (2001) e Partners for Health Reformplus (2003) referem-se às potencialidades e lacunas do uso dessa metodologia para os países. Aqui adaptamos algumas das situações referidas para os países que podem ser estendidas aos estados, regiões de saúde e municípios que desejem utilizar o NHA. As principais estão no Quadro 7.

POTENCIALIDADES	PROBLEMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ajuda a analisar a situação de saúde existente<sup>24</sup> permitindo a comparabilidade entre os entes.</li> <li>✓ Comparação entre gastos em saúde e os resultados de diversos usos e programas (análises de custo-efetividade)<sup>25</sup>.</li> <li>✓ Identificação dos financiadores estratégicos para o desenvolvimento de reformas de saúde.</li> <li>✓ Avaliação do modelo de atenção com base na alocação de recursos.</li> <li>✓ Monitoramento e avaliação de vários programas estratégicos e mudanças nos padrões de alocação.</li> <li>✓ Avaliação do impacto financeiro das medidas instituídas durante um determinado período do tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dificuldades na padronização das classificações.<sup>26</sup></li> <li>✓ Dificuldades para realizar estimativas confiáveis na ausência de dados.</li> <li>✓ Dificuldades para a estimativa dos gastos privados em saúde.</li> <li>✓ Gastos através do desembolso direto das famílias é de difícil levantamento e estimativa.</li> <li>✓ Dificuldade do NHA separar gastos correntes e gastos de investimentos.</li> <li>✓ Não uso do NHA para decisões políticas baseadas em evidências.</li> <li>✓ Dificuldade de acesso e coleta dos dados.</li> </ul>

**Quadro 7 -** Potencialidades e problemas na implementação e uso da metodologia do NHA.

Fonte: Elaboração própria com dados de Magnoli (2001) e Partners for Health Reformplus (2003).

### 3.3.1 As Fontes de dados

As fontes de **dados primários** utilizadas estão descritas no quadro 10 com as devidas nomenclaturas para facilitar a identificação da fonte no momento da descrição e discussão dos resultados.

O estudo utilizou duas fontes de evidências primárias, seguindo a proposta de Yin (2005): documentos e registros em arquivos. Apresentam-se no Quadro 10 com a nomenclatura “Doc.” para as fontes definidas como “documentação”<sup>27</sup> e “Reg.” para as fontes definidas como “registros em arquivos”<sup>28</sup>. Atendendo ao recomendado por Yin (2005),

<sup>24</sup> As tabelas aliadas aos indicadores epidemiológicos potencialmente favorecem a avaliações pontuais ou o acompanhamento de series históricas (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003).

<sup>25</sup> Por exemplo, se a contabilidade de saúde de um país, estado ou município separar gastos com hospital entre hospitais públicos e não-governamentais e se o número total de admissões entra cada tipo de hospital for conhecido, então poderia se calcular gastos por admissão por cada tipo de hospital (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

<sup>26</sup> E necessário a institucionalização e que algum ente coordene a nível de regiões para que seja possível a comparabilidade (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003).

<sup>27</sup> Para Yin (2005), documentação são cartas, memorandos e outras correspondências; agendas, minutas de reunião, relatórios escritos; documentos administrativos (propostas, relatórios de avaliação e outros documentos internos); estudos ou avaliações formais do mesmo local sob estudo; e recortes de jornais e outros artigos que aparecem na mídia de massa ou em informativos de determinadas comunidades.

<sup>28</sup> Para Yin (2005), registros em arquivos são registros de serviços, geralmente guardados em computador; registros organizacionais; mapas e gráficos; listas de nomes e outros itens importantes; levantamentos; e registros pessoais, como diários, anotações e agendas de telefone.

utilizou-se mais de uma fonte de evidência para esse estudo de caso (documentação e registros em arquivos); gerou-se um banco de dados que será comentado adiante; e manteve-se um encadeamento lógico de evidências na apresentação dos resultados. O atendimento desses três princípios, para ele, confere alta qualidade ao estudo de caso.

FONTES	DESCRIÇÃO	NOMENCLATURA
Lei Orçamentária Anual 2005	Lei municipal Nº. 794 de 29 de dezembro de 2004. Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para elaboração da LOA de 2005.	Doc. 1
Lei de Diretrizes Orçamentárias 2004	Lei municipal Nº. 784 de 26 de julho de 2004. Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para elaboração da LOA de 2005.	Doc. 2
Plano Plurianual de 2001	Lei municipal Nº. 719/2001 de 28 de dezembro de 2001. Institui programas para elaboração do plano plurianual de governo 2002-2005.	Doc. 3
Plano Municipal de Saúde 2002/2005	Plano plurianual de saúde elaborado em 2002. Planeja e prioriza as políticas locais de saúde.	Doc. 4
Relatório de Gestão 2005	Relatório de prestação de contas municipal de 2005 elaborado em março de 2006	Doc. 5
Relatório de gastos com veículos no ano 2005	Relatório do setor de transportes da SMS que relaciona cada veículo, o setor a que serve, km rodado/ano, litros de combustível/ano, desempenho km/litro, gasto com manutenção.	Doc. 6
Relatório de Auditoria do Sistema Municipal SESAB, Mar. 2006.	Relatório de auditoria operativa externa realizado pelo estado para avaliar a implantação da Gestão Plena do Sistema.	Doc. 7
Processo 0300060169199 da SESAB de 4 de maio de 2006.	Notificação no 297/06 da SESAB e Ofício 664/06 da SMS de SAJ. Notificação do município e defesa apresentada à SESAB relativo à auditoria de março de 2006.	Doc. 8
Relatório de Auditoria do Sistema Municipal de Saúde /SMS SAJ, dez. 2005.	Relatório de auditoria operativa interna realizada pela SMS para avaliar a implantação da Gestão Plena do Sistema e funcionamento da atenção básica.	Doc. 9
Processo com copia de Relação de consumo por cento de custo do HEMOBA referente ao HEMOSAJ dos meses de jun. a dez de 2003.	Relatório do sistema de informação do HEMOBA que relaciona todo o material enviado para o hemonúcleo de SAJ com os respectivos valores financeiros.	Doc. 10
Demonstrativo de Despesas Dez. 2005	Relatório do sistema de informação contábil do FMS ( <i>Software</i> desenvolvido pela Freire Informática LTDA). Relaciona a execução de despesas pagas no mês e até o mês por projeto/atividade da LOA.	Reg. 1
Listagem de Processos Pagos orçamentário de Jan. a Dez de 2005.	Relatório do sistema de informação contábil do FMS ( <i>Software</i> desenvolvido pela Freire Informática LTDA). Relaciona todas as despesas pagas com nome do credor, descrição do produto ou serviço, datas de empenho, liquidação e pagamento.	Reg. 2

Listagem de Processos Pagos extra-orçamentário de Jan. a Dez de 2005.	Relatório do sistema de informação contábil do FMS ( <i>Software</i> desenvolvido pela Freire Informática LTDA). Relaciona todas as despesas extra-orçamentárias do ano 2005, incluindo restos a pagar 2004.	Reg. 3
Demonstrativo de Movimento do mês. Dez 2005.	Relatório do sistema de informação contábil do FMS ( <i>Software</i> desenvolvido pela Freire Informática LTDA). Apresenta o balanço financeiro do mês e até o mês por classificação funcional	Reg. 4
Consolidado das famílias cadastradas no ano 2005 /cada USF de 2005.	Relatório do SIAB que consolida as informações das fichas A (no de pessoas, no de famílias, distr. Por idade e sexo, doenças referidas, etc.) do agentes comunitário de saúde	Reg. 5
Programação físico – orçamentária com quant e valores de todas as unidades de saúde do SUS jan. a dez 2005	Relatório do SIA/SUS (base de dados municipal) gerado a partir do BPA preenchido por cada unidade de saúde com a informação das atividades produzidas a cada mês.	Reg. 6

**Quadro 8** - Fontes de dados primárias utilizadas na pesquisa e nomenclatura usada nas citações.

Nesse estudo, os registros em arquivo foram as principais fontes que alimentaram as tabelas financeiras da metodologia do NHA para o município (Reg. 1 a Reg. 6 do quadro 8) com os dados quantitativos; e os dados de fontes secundárias (SIOPS, SIA/SUS, SIH/SUS) alimentaram a parte quantitativa estadual e da união ou auxiliaram na classificação dos prestadores de serviços de saúde (CNES). O preenchimento das tabelas gerou mais tabelas operacionais e um banco de dados com as informações financeiras do município, com alto grau de detalhamento, capaz de viabilizar uma infinidade de estudos e comparações no futuro.

Em resumo, os **dados secundários** foram coletados nos seguintes sistemas de informação do DATASUS, disponíveis na rede internacional de comunicação (internet):

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde;

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS;

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS;

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 3.4 O processo de análise e interpretação dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados através das quatro tabelas da metodologia do NHA com utilização do programa Excel. Em seguida, os totais alcançados, via tabulação, foram transformados em gráficos e tabelas sumarizadas que permitiram comparabilidade entre

elas e entre elas e a documentação. Cada tabela teve uma fonte de evidência predominante relacionada a seguir:

Tabela 1 NHA/ Fontes por Agentes foi preenchida predominantemente com as fontes de dados secundários do SIOPS informadas para o DATASUS pelo próprio município conforme critérios de alimentação desse sistema de informação;

Tabela 2 NHA/ Agentes por Provedores foi alimentada principalmente com o Reg. 2 e Reg. 3 do quadro 8. Nessa tabela, as informações dos provedores agenciados pelo estado e pela união foram obtidas através do DATASUS;

Tabela 3 NHA/ Agentes por Atividades foi alimentada com dados do Reg. 6 do quadro 8 para o município e dados do DATASUS para os provedores sob o comando do estado;

Tabela 4 NHA/ Provedores por Atividade foi alimentada com dados do Reg. 6 do quadro 8 para as atividades contempladas na Tabela SIA/SUS e pelos Reg. 2 e 3 do quadro 8 no caso das atividades não contempladas pela Tabela de Procedimentos SIA/SUS.

Os dados quantitativos oriundos das tabelas e, conseqüentemente, dos registros em arquivos foram analisados quanto a determinados fatos da gestão financeira (elaboração e execução do orçamento). Os dados oriundos dos documentos também permitiram uma análise dos mesmos fatos. A análise dos dados quantitativos e dados qualitativos no subitem 4.3.2. permitiu linhas convergentes de investigação, um suportando o outro, de modo a caracterizar um processo de triangulação segundo Yin (2005). Para esse autor, quando ocorre a triangulação, reforça-se a “validade do constructo”, uma vez que mais de uma fonte de evidência fornece avaliações diversas do mesmo fenômeno.

Para permitir a comparabilidade entre os dados quantitativos e qualitativos, os resultados oriundos das tabelas NHA e dos documentos foram consolidados paulatinamente de forma a permitir um “encadeamento de evidências”, conforme preconiza Yin (2005). Buscou-se uma variedade grande de documentos (Doc. 1 a Doc. 10 do Quadro 8) para corroborar com as evidências encontradas na apuração das tabelas do NHA montadas com os dados primários dos arquivos contábeis de pagamentos ou dos arquivos de registros das atividades de saúde. Mais precisamente, esse consolidado de evidências está expresso nos resultados dos quadros 13 a 21 do item dos resultados.

### 3.5 Questões éticas

As questões éticas no campo de saúde têm na Resolução 196/96 (BRASIL,1996a) as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Nesse instrumento normatizador há uma preocupação em valorizar a moral, a autonomia, a não maledicência, a beneficência e a justiça.

Ao pesquisar sobre a relação entre a responsabilidade legal orçamentária e a responsabilidade sanitária da gestão municipal, os gestores poderão submeter-se a **riscos** na dimensão política, psíquica, social, mesmo que estes não sejam os sujeitos da pesquisa, mas responsáveis pela condução do sistema de serviços de saúde cuja relação entre a responsabilidade legal orçamentária e a responsabilidade sanitária estará sendo analisada. Foi propósito deste estudo, garantir o sigilo, anonimato, privacidade, com ressalva para as questões jurídicas de dolo ao erário público. Foi utilizado um termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice A) no qual os gestores tiveram a liberdade de recusar o fornecimento de documentações (registros em arquivos) que eram instrumentos da gestão pública, porém não consideradas oficialmente obrigatórias de divulgação. O seu fornecimento não foi obrigatório, e os gestores puderam retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, e sem prejuízo ao seu trabalho e à pesquisa.

Não foram realizadas entrevistas e o trabalho se limitou a análise documental. Após serem coletados os dados, os documentos ficarão arquivados por cinco anos sob os cuidados da pesquisadora responsável, no NUSC/UEFS.

Quanto aos **benefícios** do estudo, acreditamos que esta pesquisa pode promover uma reflexão de como vem se configurando a relação entre a gestão dos recursos financeiros do SUS e a sua articulação com a responsabilidade sanitária do município em estudo. A partir desse conhecimento, pretende-se possibilitar a discussão e a elaboração de estratégias para o avanço e a superação dos limites entre responsabilidade sanitária e financiamento do SUS. Considerando-se, para isso, as condições de planejamento, autonomia e a participação das três esferas de governo no financiamento do setor saúde.

## 4 RESULTADOS

Referente aos recursos originados nas esferas federal e municipal, foi possível descrever o perfil das **fontes** de financiamento da saúde do município de Santo Antônio de Jesus, com detalhes, em razão da disponibilidade desses dados na rede de comunicação eletrônica. Entretanto, os dados das fontes originárias da esfera estadual foram de difícil acesso ou, quando disponíveis, apresentaram-se de tal forma agregados que impediram uma identificação precisa.

Quanto aos **agentes intermediários**, não foi possível conhecer o fluxo de recursos da Secretaria Estadual de Saúde para a 4ª Diretoria Regional de Saúde - Dires, um possível agente intermediário, agenciado pelo próprio Estado, com sede no município de Santo Antônio de Jesus.

No que pesem as dificuldades encontradas, não houve comprometimento dos resultados do trabalho, haja vista a completude dos dados das esferas federal e municipal.

Os **provedores** e as **atividades** foram identificados por meio dos documentos fornecidos pelo Município, descritos no capítulo da Metodologia, e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. A natureza dos documentos municipais forneceu uma desagregação maior e melhor detalhamento dos resultados.

Os resultados de cunho quantitativo serão descritos no item 4.1, através das Tabelas 1, 2, 3 e 4 que são tabelas resumidas a partir da proposta da metodologia do NHA, cujos preenchimentos foram descritos em detalhes no item 3.4. A impressão das tabelas na sua totalidade se tornou inviável pela grande extensão das mesmas. Optou-se por apresentações simplificadas, descritas individualmente nos subitens deste capítulo.

Os resultados oriundos da análise documental serão apresentados no item 4.3.

### 4.1 O fluxo das contas municipais da saúde no ano de 2005

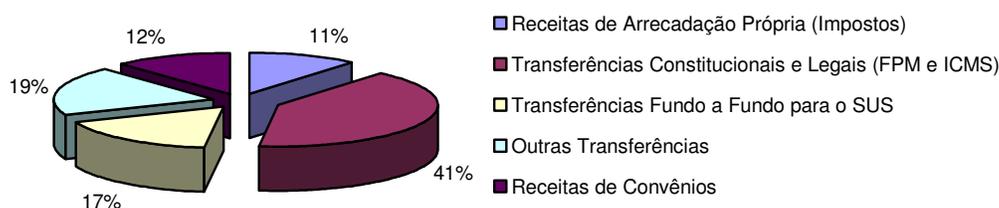
Através das quatro tabelas adaptadas do NHA descritas no item 3.4, foi possível identificar o caminho seguido pelo capital, de sua fonte, onde se originou, até sua conversão em serviço ou atividade de saúde. Por meio de tal conhecimento (trajeto do recurso financeiro, dos cálculos, gráficos e desdobramentos propiciados pelas matrizes), foi possível

compreender os fenômenos econômicos no âmbito municipal, local das ações finalísticas dos serviços de saúde.

No que pese a importância de um sistema de contas a níveis nacional, estadual ou municipal, e extrapolando as colocações de Montoro Filho (1994), o sistema de contas de saúde não é uma medida de bem estar ou de felicidade de uma nação, estado ou município. Os indicadores financeiros podem crescer ou diminuir sem correspondência com a satisfação da população. Como exemplo, em casos de epidemias, geralmente há grandes investimentos, aporte de recursos e gastos em saúde sem significar melhores condições de saúde. Por isso os resultados aqui apresentados não pretendem apresentar uma avaliação do sistema de saúde municipal ou das condições de vida e saúde da população, mas se limitam a uma exploração de como se deu o trânsito dos recursos financeiros dentro do espaço municipal.

#### 4.1.1 Das fontes de financiamento para agentes intermediários.

Antes de descrever a receita do setor saúde é necessário conhecer melhor a receita do município de Santo Antonio de Jesus como um todo. O Gráfico 4 agrega toda a receita declarada ao SIOPS, no ano de 2005 (não apenas a receita do setor saúde).

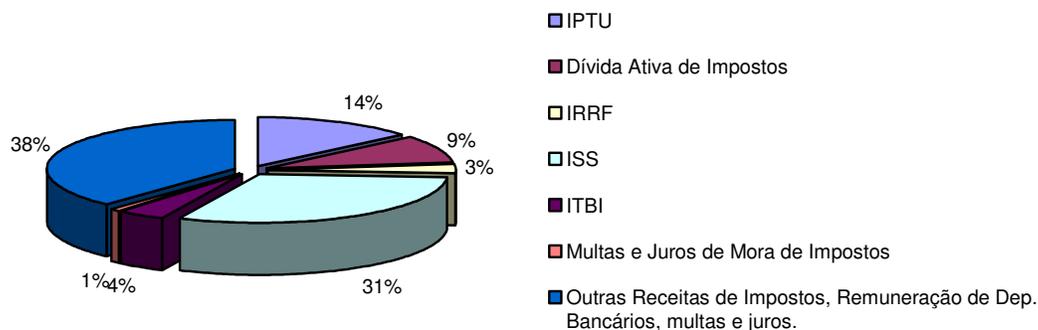


**Gráfico 4** - Composição percentual da receita total de Santo Antônio de Jesus, em 2005.

Fonte: SIOPS/MS/DATASUS

Observa-se que o Município arrecadou com impostos apenas 11% de sua receita total. O restante da receita (77%) teve origem de transferências, sejam elas constitucionais e legais, fundo a fundo para o SUS ou outras e convênios (12%). Detalhando-se a fatia da arrecadação

própria (impostos), correspondente a 11%, no Gráfico 4, o Gráfico 5 representa a proporção de todas as fontes tributárias<sup>29</sup> do município de Santo Antônio de Jesus.



**Gráfico 5** - Composição das fontes tributárias totais de Santo Antônio de Jesus, em 2005  
Fonte: SIOPS/MS/DATASUS

No Gráfico 5 se observa que a maior fonte de arrecadação própria foi referente à ‘outras receitas de impostos’ (outros não citados na legenda desse gráfico), ‘remuneração de depósitos bancários, multas e juros’ (38%); seguido do ISS (31%); IPTU (14%); IRRF (9%); ‘dívida ativa de impostos’ (4%); ITBI (3%) e ‘multas e juros de impostos’ (1%). Nem toda arrecadação própria é repartida com o setor saúde. A Emenda Constitucional 29 (EC 29) vincula apenas o IPTU, IRRF, ITBI, ISS, a arrecadação proveniente da cobrança da dívida ativa dos impostos citados e a multa e juros desses mesmos impostos. Com isso percebe-se que, em 2005, 38% da arrecadação própria de SAJ não foram repartidos com a saúde. Mais adiante, no Gráfico 6, os recursos de arrecadação própria vinculados a saúde serão detalhados.

A Tabela 1 foi construída com os dados levantados a partir do SIOPS. Através desse sistema de informação podem-se conhecer os dados primários informados das receitas e despesas totais do Município e o percentual de recursos próprios, calculado pelo sistema de informação, aplicados em saúde, no ano de 2005 (16,04%).

O quantitativo absoluto dos recursos próprios aplicados à saúde foi obtido por intermédio desse percentual, aplicado a cada fonte de arrecadação própria vinculada pela EC 29. A identificação da entrada de outras receitas oriundas de transferências fundo a fundo, convênios e demais rendimentos também foi possível através do SIOPS e DATASUS.

<sup>29</sup> Fontes Tributárias são “ingressos provenientes da arrecadação de impostos, taxas e contribuições de melhoria. Dessa forma é uma receita privativa das entidades com o poder de tributar” (BRASIL, 2004, p.16). As principais fontes tributárias que compuseram a receita de impostos do município, em 2005, foram o **IPTU** (Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana), **IRRF** (receita arrecadada sobre o Imposto Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho), **ITBI** (Imposto sobre Transmissão Inter-Vivos de Bens Imóveis – ITBI ou ITVI), **ISSQN** (Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN ou ISS).

Algumas colunas e linhas que não tiveram movimento de recursos – a exemplo da coluna ‘receitas de capital do Município’, que foi suprimida para resumir a tabela.<sup>30</sup>

**Tabela 1** - Fontes de financiamento por agentes intermediários em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).

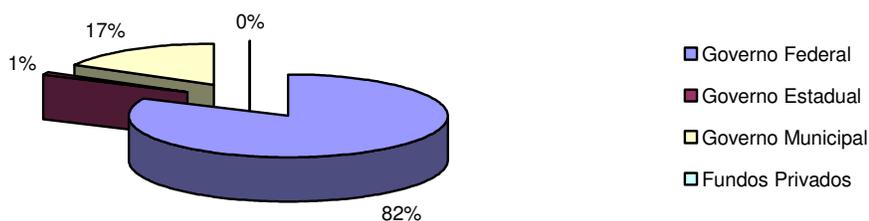
AGENTES INTERMEDIÁRIOS DE FINANCIAMENTO	FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE						Total
	FS.1 Fundos Públicos					FS.2 Fundos Privados	
	FS.1.1 Receitas Federais de Saúde		FS.1.2 Receitas Estaduais		FS.1.3 Receitas Municipais		
	FS.1.1.1 Receitas Correntes	FS.1.1.2 Receitas de Capital	FS.1.2.1 Receitas Correntes	FS.1.2.2 Receitas de Capital	FS.1.3.1 Receitas Correntes		
Total (IS.1 + IS.2 + IS.3)	13.315.294	6.004.616	101.557	150.000	4.024.003	0	23.595.470
IS.1 Setor Público	12.984.771	6.004.616	101.557	150.000	4.024.003	0	23.264.948
IS.1.1 Governo Federal	0	0	0	0	0	0	0
IS.1.2 Governo Estadual	3.211.146	0	86.557	0	0	0	3.297.704
IS.1.3 Governo Municipal	9.773.625	6.004.616	15.000	150.000	4.024.003	0	19.967.244
IS.1.3.1 Secretaria Municipal de Saúde	9.773.625	6.004.616	15.000	150.000	4.024.003	0	19.967.244
IS.2 Setor Privado	330.522	0	0	0	0	0	330.522
IS.2.1 Fundos de Empresas Privadas	0	0	0	0	0	0	0
IS.2.1.1 Auto-Gestão	0	0	0	0	0	0	0
IS.2.2 Fundos de Empresas não Lucrativas	330.522	0	0	0	0	0	330.522
IS.2.2.1 Filantropia	330.522	0	0	0	0	0	330.522
IS.3 Resto do Mundo	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIOPS/MS. Tabela adaptada da metodologia do NHA.

<sup>30</sup> Convém aqui recordar, conforme está expresso na Metodologia, que nas tabelas de contas, as categorias mais amplas estão em cima, por isso os totais também ficam na parte superior, ao contrário do que acontece com as tabelas de dados estatísticos.

Na primeira coluna se encontram os Agentes de Financiamento (*Financing Agents*)<sup>31</sup> e, no sentido horizontal, estão relacionadas as Fontes de Financiamento (*Sources*).<sup>32</sup> Essa tabela permite identificar a fonte primária do recurso e o destino que lhe foi atribuído, no âmbito do município de Santo Antônio de Jesus, no ano de 2005.

O Gráfico 6 evidencia o Governo Federal como grande fonte de financiamento do setor saúde, com aproximadamente 82% das receitas, em 2005, seguida da participação do Município (17%) e, com a menor participação, o Estado (1%).



**Gráfico 6** - Participação dos entes federados e setor privado como fontes de financiamento em Santo Antônio de Jesus, 2005.

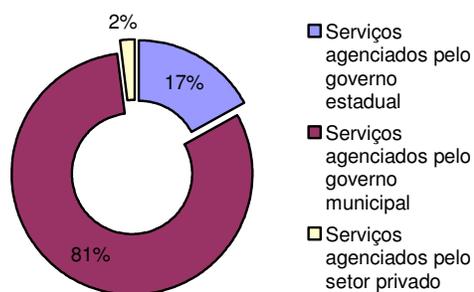
Fonte: SIOPS/MS

Maiores detalhes acerca do uso das fontes municipais dos recursos da saúde são oferecidos pelos Gráficos 7 e 8.

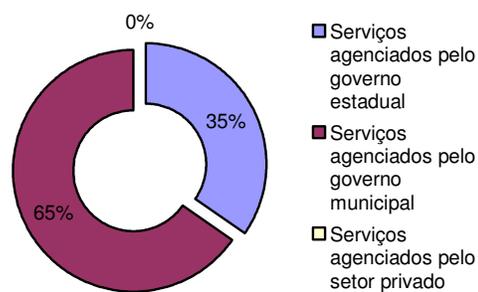
Percebe-se que, nesse município, a participação do governo federal limita-se à fonte de financiamento (não atuou como agente intermediário, nem como provedor de serviços), o que condiz com a política de descentralização dos serviços de saúde vigente no país. Entretanto, o estado, além de participar com a menor fatia (1%), agenciou 34% dos seus próprios recursos (Gráfico 8) e 17% dos recursos de fontes federais (Gráfico 7). O Município agenciou 81% dos recursos de fonte federal (Gráfico 4), 66% dos recursos de fonte estadual (Gráfico 8) e 100% dos seus próprios recursos (Tabela 1). O setor privado aparece com uma participação de 2% como agenciador do recurso federal.

<sup>31</sup> São entidades intermediárias de financiamento que recebem os recursos das fontes de financiamento e pagam aos provedores ou prestadores de serviços e produtos conforme definido por WHO (2003).

<sup>32</sup> São entidades que fornecem os recursos para o setor saúde, Ibid..



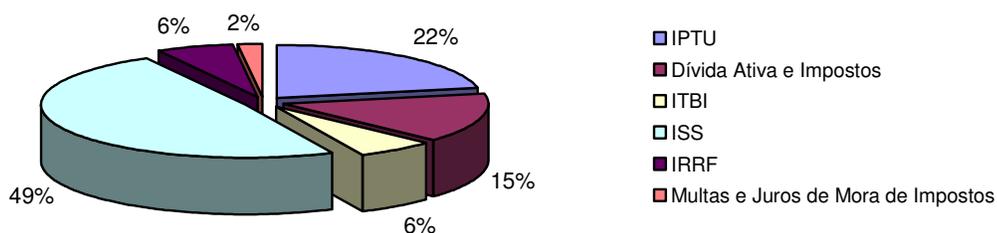
**Gráfico 7** – Recursos de fonte federal para Santo Antônio de Jesus, em 2005.  
Fonte: SIOPS/MS



**Gráfico 8** – Recursos de fonte estadual para Santo Antônio de Jesus, em 2005.  
Fonte: SIOPS/MS

A receita própria do município aplicada a saúde no ano de 2005 foi R\$ 4.024.002,0 (quatro milhões e vinte e quatro mil e dois reais), como se observa na Tabela 1, onde o município é fonte para si mesmo.

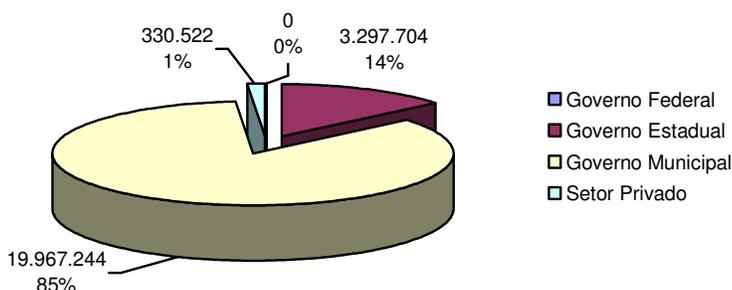
O Gráfico 9 descreve a proporção das fontes tributárias de SAJ, em 2005, vinculadas ao setor saúde pela EC29. Nota-se que a arrecadação do ISS se sobressai (49%), seguido do IPTU (22%), ‘dívida ativa de impostos’ (15%), ITBI e IRRF (6% cada) e ‘Multas e Juros de Impostos’ (2%). Esse resultado denota semelhanças e diferenças no perfil municipal de arrecadação relatado por Coelho (2006) para o município de Feira de Santana e para a composição média dos municípios baianos: o ISS prepondera em todas as situações, Feira de Santana (62%), municípios baianos (56%), porém, com uma menor proporção para SAJ (42%). Outra distinção se faz no que Coelho (2006) chama de “Outros” e aqui nominamos de “Divida Ativa de Impostos” e “Multas e Juros de Impostos”, onde Feira de Santana se apresentou com 6% e SAJ com 17% (somatório das duas arrecadações). O que reforça uma possível associação com uma baixa capacidade de arrecadação ou, ao contrário, uma melhoria no sistema de cobrança dos impostos municipais. Seria necessário o levantamento de uma série histórica da arrecadação desse impostos para uma melhor avaliação.



**Gráfico 9** - Composição percentual das fontes tributárias de Santo Antônio de Jesus, vinculadas à saúde pela EC 29, em 2005.

Fonte: SIOPS/MS/DATASUS

Observa-se que o grande agenciador dos recursos da saúde em SAJ, em 2005, foi o Governo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Para o ano em epígrafe, foram mobilizados cerca de 85% dos recursos da saúde, como graficamente representado abaixo:



**Gráfico 10** - Participação dos três entes federados e setor privado como agentes intermediários do financiamento da saúde em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).

Fonte: SIOPS/MS

Referente ao ano de 2002, não se observou situação semelhante no município de Feira de Santana, onde Coelho et al (2006) indicou que o maior agenciador de recurso ainda foi o estado, através da SESAB.

As diferenças entre as formas de distribuição dos recursos financeiros podem variar por alguns motivos: capacidade instalada, tipo de política adotada pela gestão municipal e forma de gestão. A situação encontrada em Santo Antônio de Jesus é comum aos municípios em gestão plena do sistema, com o município administrando os recursos da saúde e tendo o comando absoluto do sistema desses serviços. A situação de Feira de Santana é comum aos municípios sob outras formas de gestão da saúde. Entretanto, em 2005, nota-se que houve

entrada do Governo Federal para entidade filantrópica, no valor de R\$ 330.522,00 (trezentos e trinta mil reais), correspondentes ao INTEGRASUS II <sup>33</sup> e o Estado ainda foi o agente intermediário de 14% dos recursos da saúde no ano considerado.

O relatório de gestão 2006 da SMS contém informações que podem estar relacionadas a esse agenciamento do recurso pelo estado:

[...] o município também dispõe de serviços de alta complexidade [...] serviço de hemodiálise/quimioterapia. [...] informações de fontes não oficiais indicaram que o estado não teria teto financeiro para descentralizar para o município sem que houvesse descredenciamento de serviços de alta complexidade localizados em Salvador. (SMS, 2007, p.22).

---

<sup>33</sup> O INTEGRASUS II – Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde, criado pela portaria GM/MS nº 1.413 de 30 de agosto de 2001, é pago pelo Ministério da Saúde, adicionalmente ao faturamento das entidades, e se destina exclusivamente aos hospitais filantrópicos e aos sem fins lucrativos. Tem por objetivo estimular o desenvolvimento das atividades assistenciais e a realização das mesmas em regime de parceria com o Poder Público.

#### **4.1.2 Dos agentes intermediários de financiamento para provedores de serviços de saúde.**

Os agentes intermediários e os provedores de serviços de saúde foram classificados conforme indicado no capítulo da metodologia. As tabelas e gráficos a seguir apontam, prioritariamente, os provedores que apresentaram fluxo de recursos financeiros, existentes no Município no ano do estudo. Exceções verificam-se, sendo mantidas algumas categorias com fluxo zero para facilitar o entendimento e a compreensão das tabelas e gráficos.

O preenchimento da Tabela 2 com os dados do município contou com a listagem de processos pagos do FMS, fornecida pela Secretaria de Saúde, como origem das informações – conforme procedimento detalhado no capítulo da metodologia. Foi igualmente necessária a alimentação prévia de tabelas operacionais, particularizadas para cada grupo de provedores de serviços do município, devido ao grande número de provedores e de suas categorias, ou seja, devido à grande desagregação dos dados. Por exemplo, para o provedor de serviços ambulatoriais foram identificadas no município seis subclasses (clínicas médicas, clínicas odontológicas, clínicas não odonto-médicas, centros de atenção ambulatorial, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros não classificados). Cada subclasse apresentou novas subdivisões e assim sucessivamente, constatando-se o máximo de seis subdivisões.

Tamanho variedade de informações conferiu grande complexidade às pesquisas, gerando resultado não esperado: a criação de um banco de dados ricamente detalhado sobre os provedores de serviços próprios e privados agenciados pelo município, capaz de fornecer informações para além dos objetivos desse trabalho.

Outras dificuldades ocorreram na identificação exata dos provedores na listagem de processos pagos, requerendo os ajustes relacionados a seguir:

1. Provedores identificados somente pelo endereço e folhas de pagamentos identificadas pelo primeiro nome da lista, demandaram consultas não previstas, aos técnicos da Secretaria de Saúde do Município.
2. Erros de digitação e troca de nomes como “Vigilância Epidemiológica” por “Vigilância Sanitária” e vice-versa, levaram a uma dedução pelo tipo de gasto ou função descrita.
3. Nomes inespecíficos como “unidades assistenciais”, ao invés de especificar o nome da unidade de saúde. Folhas de pagamentos sem identificação da função ou localização dos trabalhadores; gastos com energia, água e transporte sem identificação da localização do imóvel. Levaram a um rateio dos recursos por estimativa.

Os dados sobre os pagamentos aos prestadores de serviços localizados no município, mas agenciados pelo estado (Secretaria Estadual de Saúde) e/ou governo federal (Ministério da Saúde), foram obtidos do DATASUS, exceto os dados do Hemonúcleo de Santo Antônio de Jesus que foram cedidos pelo próprio provedor, por meio do documento listado no capítulo da metodologia.

Na Tabela 2, as linhas localizam os grupos de provedores (*Providers*)<sup>34</sup> e suas subdivisões, enquanto as colunas identificam os mesmos agentes intermediários classificados na Tabela 1. Essa tabela permitiu conhecer o financiamento dos Provedores de Serviços, aqueles que por definição anterior prestam serviços diretamente aos usuários e realizam as atividades ou ações de saúde. Com base nas informações da Tabela 1, agora conhecendo o fluxo monetário dos agentes intermediários para os provedores, as informações das duas tabelas se complementam conforme descrito no capítulo da metodologia, Diagrama 1.

---

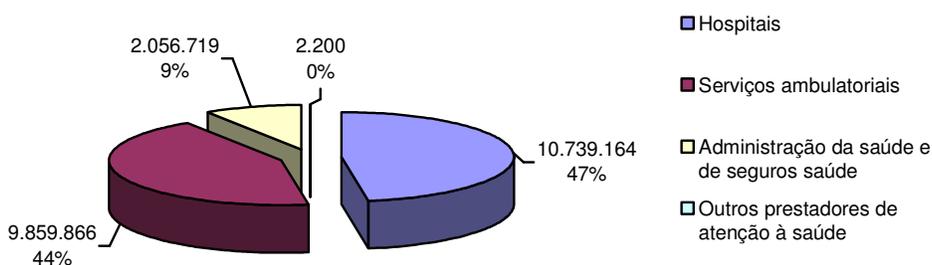
<sup>34</sup> São os receptores finais das verbas dos recursos do setor saúde e prestam os cuidados de saúde diretamente a população conforme definido em WHO (2003).

**Tabela 2** - Agentes intermediários de financiamento por provedores de serviços de saúde em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).

Provedores	Agentes Intermediários de Financiamento					Total
	IS.1 Setor Público			IS.2 Setor privado		
	IS.1.1.1 Governos Federal	IS.1.1.2 Governos Estadual	IS.1.1.3 Governos Municipal	IS.2.1 Fundos de empresas privadas	IS.2.2 Fundos de empresas não-lucrativas	
<b>Total (PS.1 + PS.2 + PS.3+...)</b>	<b>0</b>	<b>3.297.704</b>	<b>19.029.722</b>	<b>0</b>	<b>330.522</b>	<b>22.657.949</b>
<b>PS.1 Hospitais</b>	<b>0</b>	<b>122.032</b>	<b>10.286.610</b>	<b>0</b>	<b>330.522</b>	<b>10.739.164</b>
PS.1.1 Hospitais Gerais (HG)	0	122.032	10.286.610	0	330.522	10.739.164
PS.1.1.1 Hospitais Públicos (HPU)	0	0	5.665.412	0	0	5.665.412
PS.1.1.2 Hospitais Privados (HP)	0	122.032	4.621.198	0	330.522	5.073.752
<b>PS.3 Serviços Ambulatoriais</b>	<b>0</b>	<b>3.175.672</b>	<b>6.684.194</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9.859.866</b>
PS.3.1 Clínicas Médicas (CM)	0	0	204.154	0	0	204.154
PS.3.2 Clínicas Odontológicas (CO)	0	0	25.200	0	0	25.200
PS.3.3 Clínicas não odonto-médicas (CñOM)	0	0	22.513	0	0	22.513
PS.3.3.1 Clínicas de fisioterapia	0	0	22.513	0	0	22.513
PS.3.4 Centros de Atenção Ambulatorial (CAA)	0	3.089.115	5.930.876	0	0	9.019.991
PS.3.4.1 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	0	0	5.385.342	0	0	5.385.342
PS.3.4.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	0	0	229.675	0	0	229.675
PS.3.4.3 S. de T. Amb. de Alta Complexidade (SAAC)	0	3.089.115	2.704	0	0	3.091.818
PS.3.4.4 Centros de Referência (CR)(inclui policlínicas públicas do SUS)	0	0	313.155	0	0	313.155
PS.3.5 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	0	0	236.599	0	0	236.599
PS.3.6 Outros prestadores de serviços de atenção ambulatorial (SAA)	0	86.557	264.851	0	0	351.409
PS.3.6.1 Transporte de Pacientes e Resgate de emergência SMS	0	0	264.851	0	0	264.851
PS.3.6.2 Bancos de Sangue, Órgãos e Tecidos	0	86.557	0	0	0	86.557
<b>PS.4 Serviços de Materiais Farmacêuticos, Médicos e Ortopédicos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PS.5 Outras instituições públicas que provém e adm. programas de saúde pública</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PS.6 Administração da saúde (AS) e de seguros de saúde (SS)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.056.719</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.056.719</b>
PS.6.1 Administração Pública da Saúde (APS)	0	0	2.056.719	0	0	2.056.719
PS.6.1.1 Provisão e adm Federais	0	0	0	0	0	0
PS.6.1.2. Provisão e adm estaduais	0	0	0	0	0	0
PS.6.1.3 Provisão e adm municipais	0	0	2.050.156	0	0	2.050.156
PS.6.1.3.1 Provedores de Serviços de Vigilância Epidemiológica (PSVE)	0	0	477.941	0	0	477.941
PS.6.1.3.2 Provedores de Serviços de Vigilância Sanitária (PSVS)	0	0	182.228	0	0	182.228
PS.6.1.3.3 Sede administrativa e setores afins	0	0	1.389.987	0	0	1.389.987
PS.6.1.4 Provisão municipal e outra administração	0	0	6.563	0	0	6.563
<b>PS.7 Outros prestadores de atenção à saúde (OPAS)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.200</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.200</b>
<b>PS.8 Demais provedores externos de adm. da saúde (DPE)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fonte: Elaboração própria com dados da Listagem de processos pagos/SMS/FMS, Arquivos do Hemonúcleo/SESAB/SANCASASAJ e MS/DATASUS. Tabela adaptada da Metodologia NHA.

Foi possível conhecer a distribuição dos recursos para os provedores, no âmbito municipal conforme representação no Gráfico 11. Quatro grandes grupos de provedores foram identificados: hospitais, provedores de serviços ambulatoriais<sup>35</sup>, provedores de serviços de administração da saúde e outros prestadores de atenção à saúde. Os hospitais e as unidades ambulatoriais foram semelhantemente financiados, alocando, respectivamente, 47% (R\$10.739.164) e 44% (R\$9.859.866) do montante que financiou os serviços de saúde no ano de 2005 no município de Santo Antônio de Jesus. Os serviços administrativos ficaram com 9% (R\$2.056.719) do recurso e outros provedores participaram com uma quantia mínima (R\$2.200).



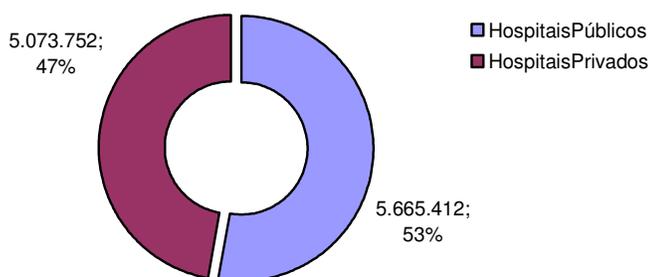
**Gráfico 11** - Distribuição dos recursos dos agentes entre todos os provedores de serviços de saúde do SUS de Santo Antônio de Jesus em 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados da Listagem de processos pagos do FMS de SAJ, Requisições para consumo do Hemonúcleo de Santo Antônio de Jesus e MS/DATASUS.

Essa distribuição denota um perfil diferenciado nos gastos do município, onde os gastos hospitalares são equiparados aos ambulatoriais. O que se revela inesperado, haja vista tendência geral de custos hospitalares mais elevados, face ao maior consumo desses serviços gerado pelo modelo hospitalocêntrico ainda predominante no país e/ou pelo maior custo dos serviços, de maior complexidade e alta tecnologia, localizados nas unidades hospitalares. Aprofundaremos as discussões em torno desta questão no próximo capítulo.

Em um detalhamento maior dos gastos com a categoria de provedores “hospitais”, o Gráfico 12 permite afirmar que 53% (R\$ 5.665.412) destinaram-se aos hospitais públicos – na realidade do município específico, tratou-se apenas de um hospital, ainda em construção.

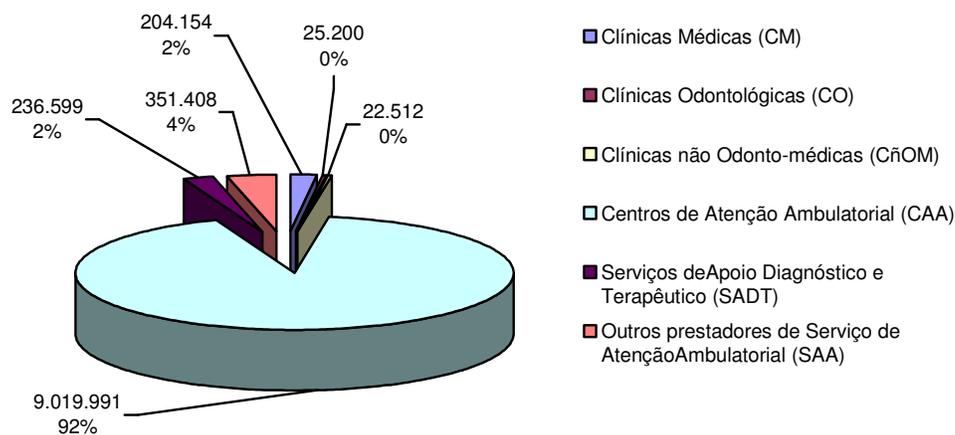
<sup>35</sup> Aqui estão sendo considerados Serviços Ambulatoriais todos os tipos de prestadores, conforme a classificação exposta no capítulo de Metodologia.



**Gráfico 12** - Distribuição dos recursos para os hospitais de Santo Antônio de Jesus, em 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados listagem de processos pagos do FMS de SAJ

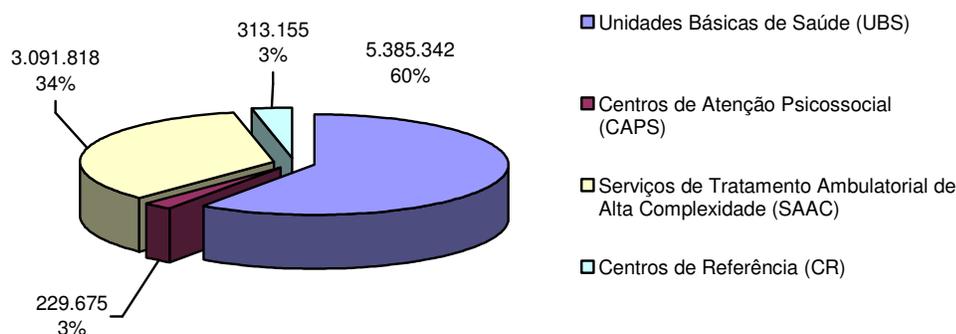
Houve dificuldade para classificar as unidades de saúde desativadas para reformas, ampliações ou construção que não prestavam assistência à saúde naquele momento, mas eram receptoras finais de verbas. A *priori*, optou-se por classificá-las como 'provedores'. Entretanto, referente a 2005, ressalva-se que os recursos transferidos pelos agentes intermediários para os 'provedores' nessa situação não se traduziram em atividades de saúde, mas gasto com atividades administrativas. Essa ocorrência será mais bem esclarecida através do fluxo das Tabelas 3 e 4, dos itens seguintes. A outra parte dos recursos, 47% (R\$ 5.073.752), foi direcionada para hospitais privados que, no caso em questão, foram três, sendo o maior deles filantrópico, mantido pela Santa Casa de Misericórdia.



**Gráfico 13** - Distribuição dos recursos para os provedores de serviços ambulatoriais de Santo Antônio de Jesus em 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados da listagem de processos pagos do FMS de SAJ, Requisições para consumo do Hemonúcleo de Santo Antônio de Jesus e MS/DATASUS.

O Gráfico 13 mostra como os recursos da categoria de provedores “serviços ambulatoriais” foram divididos: 92% (R\$ 9.019.991) foram para os Centros de Atenção Ambulatorial; 4% (R\$ 351.408), para ‘outros prestadores de serviços de atenção ambulatorial’ (banco de sangue e transporte de pacientes); 2% (R\$ 236.599), para ‘serviços de apoio diagnóstico e terapêutico’; 2% (R\$ 204.154), para ‘clínicas médicas; e valores mínimos, relativamente próximos de zero, para ‘clínicas odontológicas’ e ‘não odonto-médicas’. Como explicitado acima, os centros de atenção ambulatoriais receberam maior parcela dos recursos destinados aos provedores de serviços ambulatoriais, fazendo imperativo o detalhamento na repartição dessa parcela (R\$ 9.019.991), verificado no Gráfico 14.



**Gráfico 14** - Distribuição dos recursos dos centros de atenção ambulatorial em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados da Listagem de processos pagos do FMS de SAJ, Requisições para consumo do Hemonúcleo de Santo Antônio de Jesus e MS/DATASUS.

A grande parcela do recurso dos centros de atenção ambulatorial, R\$ 5.385342 (60%), destinou-se às Unidades Básicas de Saúde. Seqüencialmente, figuram os Serviços de Tratamento Ambulatorial de Alta Complexidade (quimioterapia e terapia renal substitutiva), com R\$ 3.091.818 (34%). Uma pequena parte foi destinada aos Centros de Atenção Psicossocial, R\$ 229.675 (3%), e Centro de Referência, R\$ 313.155 (3%). Aqui também os gastos com o Centro de Referência não se traduzem em atividades de saúde, representando gastos administrativos, devido à reforma e à ampliação do mesmo.

Vale ressaltar que nem todos os provedores incluídos nas categorias relatadas dos Gráficos 12 ao 14 funcionaram ou atenderam uniformemente aos usuários do SUS durante o ano. Houve reformas, ampliações, implantações de novos serviços, implantações de novas unidades, descredenciamentos e credenciamentos de provedores que podem ter interferido no fluxo e nos gastos de cada categoria para mais ou para menos. Os relatos nos documentos

pesquisados e a distribuição dos recursos nas tabelas operacionais de cada provedor ajudaram a esclarecer possíveis distorções causadas por esses fatos, a exemplo do relatório de gestão 2005 da SMS, que relaciona as unidades reformadas com disposto no Quadro 10, esclarece o motivo das reformas no corpo do texto.

<b>Tipo</b>	<b>Unidade</b>
Unidade de Saúde da Família	Geraldo Pessoa Sales - Lot. Sales
Unidade de Saúde da Família	Amparo
Unidade de Saúde da Família	Fernando Queiroz I e II (URBIS IV)
Unidade de Saúde da Família	Calabar
Unidade de Saúde da Família	Viriato Lobo
Unidade de Saúde da Família	Aurelino Pereira dos Reis –Rádio Clube
Unidade de Saúde da Família	USF Esperança
Unidade de Saúde da Família	Boa Vista (Zona Rural)
Unidade Básica de Saúde	Riacho Dantas (Zona Rural)
Centro Psicossocial	CAPS NOVA VIDA
Policlínica (Serviços de Média Complexidade)	Policlínica

**Quadro 10** - Unidade de Saúde reformadas em Santo Antônio de Jesus, 2005

Fonte: relatório de gestão 2005 da SMS de Santo Antônio de Jesus.

O Município de Santo Antônio de Jesus realizou um grande número de reformas no ano de 2005 em decorrência da implantação das Equipes de Saúde da Família, totalizando reforma em 06 Unidades. Foram também realizadas reformas para implantação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e na Unidade da LBA onde funcionará a Policlínica com serviços especializados de Média Complexidade, além das Unidades de Riacho Dantas e Boa Vista já existentes e situadas na zona rural (SMS, 2006, p. 6).

Sendo assim, houve reforma para a implantação de oito novas unidades de saúde da família, um CAPS e uma policlínica. Entretanto, o documento não esclarece o início do funcionamento dessas unidades, com exceção do CAPS que foi “[...] inaugurado em setembro de 2005 [...]” (SMS, 2006 p. 14). De igual forma, não relata se houve desativação do funcionamento ou não das unidades já existentes que foram reformadas.

Através das tabelas operacionais da Tabela-matriz 4, que relaciona o fluxo de recursos dos provedores com a produção de atividades<sup>36</sup> ou com gastos com atividades<sup>37</sup>, foi possível inferir o início de funcionamento dos provedores de serviços de saúde, localizando-os dentro das categorias adotadas nesse trabalho, para que os resultados fossem corretamente interpretados.

O Quadro 11 relaciona as categorias de provedores com o tempo de funcionamento no ano de 2005.

Provedores de Serviços de Saúde	Nº. de meses do ano em funcionamento
USF Geraldo Pessoa Sales	5
USF Amparo	5
USF Calabar	4
USF Fernando Queiroz I	3
USF Fernando Queiroz II	3
USF Aurelino	2
USF Esperança	2
USF Viriato Lobo	1
Policlínica	5
Posto de Saúde Casaca	3
Posto de Saúde Vila Bomfim	6
Casa de saúde Santo Antônio (Hospital)	5
CLINOS (Clinica Medica)	5
MEDFISIO (Clinica de Fisioterapia)	3
IAM (Serviço de Apoio Diagnostico/Radiologia)	4
Centro de Atenção Psicossocial	5
Clinica de Ortopedia e Traumatologia (Clinica Medica)	7
COMEDE (Clinica Médica)	5

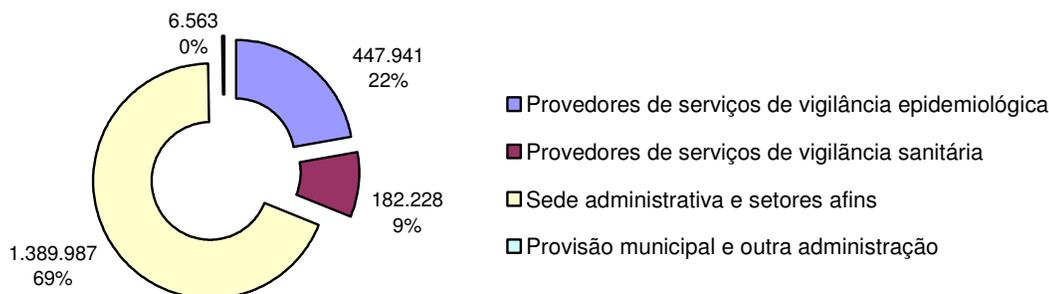
**Quadro 11** - Tempo de funcionamento (meses) dos Provedores de Serviços de Saúde de Santo Antônio de Jesus, em 2005

Fonte: elaboração própria com dados do relatório de gestão 2005, 2006 e tabelas operacionais de cada provedor.

<sup>36</sup> No caso dos provedores públicos da atenção básica trata-se de registros de produção apenas pois não geram pagamentos pelas atividades. Os gastos com a atenção básica operacionalizam-se com folhas de pagamento, compra de materiais, combustível, entre outros.

<sup>37</sup> Nos casos dos provedores públicos de média e alta complexidade e dos provedores privados contratados pelo SUS o registro das atividades estão diretamente relacionados ao pagamento daquelas atividades realizadas. Com os municípios em gestão plena do sistema existem peculiaridades e exceções a essa regra que serão tratadas em 4.1.4.

O Gráfico 15 mostra como foram repartidos os recursos da categoria de provedores “administração da saúde e de seguros de saúde” (R\$ 2.056.719).



**Gráfico 15** - Distribuição dos recursos do provedor da administração da saúde e seguros de saúde de Santo Antônio de Jesus, em 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados da Listagem de processos pagos do FMS de SAJ

Observa-se que a maior proporção de recursos da categoria “administração da saúde e seguros de saúde”, R\$ 1.389.987 (68%), ficou com a Sede Administrativa, seguido da Vigilância Epidemiológica, R\$ 477.941 (23%), Vigilância Sanitária, R\$ 182.228 (9%), e de um provedor classificado como de ‘provisão municipal e outra administração’,<sup>38</sup> com um valor mínimo de R\$ 6.563, relativamente próximo de 0%.

A participação da categoria de provedores ‘outros prestadores de atenção à saúde’ foi mínima (R\$ 2.200), relativamente insignificante diante da participação das demais categorias de provedores. Tratou-se de pagamento único realizado a uma cooperativa médica com a justificativa de empenho “pagamento de serviços médicos para assistência no posto médico instalado no circuito dos festejos juninos” (Reg. 2).

#### 4.1.3 Dos agentes intermediários para atividades de saúde.

Na Tabela 3 são apresentados no sentido horizontal os agentes intermediários do financiamento definidos anteriormente. No sentido vertical, a tabela evidencia as atividades

<sup>38</sup> Trata-se do Conselho Municipal de Saúde. Houve dificuldade de classificação desse provedor devido as suas características de autonomia na origem dos gastos, mas aqui se optou por classificá-lo como provedor de provisão municipal e outra administração conforme esclarecido no capítulo da Metodologia.

de saúde (*Functions*)<sup>39</sup>, tornando possível a identificação das atividades financiadas por cada agente e o quantitativo utilizado, funcionando como atalho ou opção para visualizar o financiamento das atividades que, analogamente a uma cadeia, representam a extremidade final do financiamento. O Diagrama 1, no capítulo da metodologia, mostra a posição da Tabela 3 no caminho percorrido pelos recursos financeiros até se transformarem em atividades de saúde. Essa tabela foi preenchida com dados originados das seguintes fontes:

1. Relatório do SIA/SUS das unidades de saúde municipais, onde a princípio estão registradas todas as atividades realizadas naquela unidade, de acordo a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS (SIA/SIH/SUS) já definida no item 3.3, cujo valor financeiro de cada procedimento é atribuído por essa tabela;
2. Relatório de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) municipal;
3. Os dados do valor das atividades das unidades agenciadas pelo Estado e Governo Federal foram inseridos condensados, com base nos dados do DATASUS sobre pagamentos a prestadores de serviços e produção das unidades de saúde;
4. O valor das atividades administrativas e outras que o SIA/SIH/SUS não contempla, foi obtido da listagem de processos pagos, que alimentou também a Tabela 2.

Na Tabela 3 se observa o fluxo monetário dos agentes intermediários de financiamento para a promoção das atividades de saúde.

---

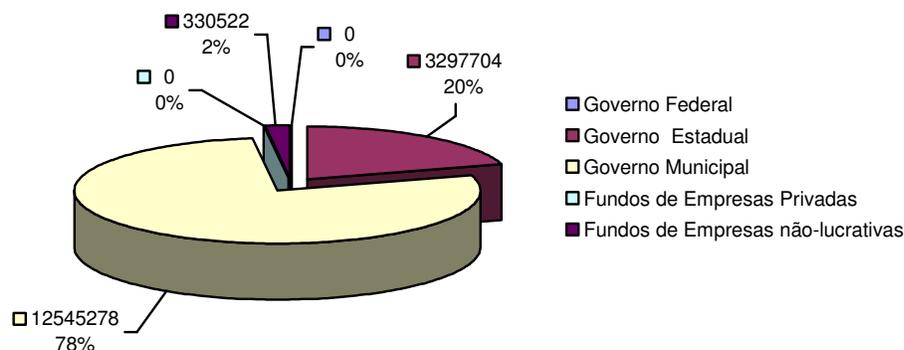
<sup>39</sup> São os serviços ou ações que os provedores realizam com os seus recursos.

**Tabela 3** - Agentes intermediários por atividades de saúde em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).

Atividades de Saúde	Agentes Intermediários de Financiamento					Total
	IS.1 Setor Público			IS.2 Setor privado		
	IS.1.1 Governo Federal	IS.1.2 Governo Estadual	IS.1.3 Governo Municipal	IS.2.1 Fundos de empresas privadas	IS.2.2 Fundos de empresas não- lucrativas	
<b>Total Atividades (AS.1 + AS.2 + AS.3 + ...)</b>	<b>0</b>	<b>3.297.704</b>	<b>12.545.278</b>	<b>0</b>	<b>330.522</b>	<b>16.173.504</b>
<b>AS.1 Atividades de Atenção à Saúde (AAS)</b>	<b>0</b>	<b>3.297.704</b>	<b>4.792.276</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8.089.980</b>
AS.1.1 Atendimento Clínico-Hospitalar Média e Alta Complexidade (ACH - MAC)	0	0	2.892.026	0	0	2.892.026
AS.1.3 Atendimento Ambulatorial (AA)	0	3.211.146	1.635.398	0	0	4.846.545
AS.1.4 Outras Atividades de Atenção Clínica à Saúde	0	86.557	264.851	0	0	351.409
<b>AS.2 Atividades de Reabilitação</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21.454</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21.454</b>
AS. 2.1 Grupo 18: fisioterapia (por sessão)	0	0	21.454	0	0	21.454
<b>AS.3 Dispensação de Materiais Médicos para pacientes ambulatoriais (DMM)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>338.667</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>338.667</b>
AS.3.1 Produtos farmacêuticos e médicos não-duráveis (PFMD)	0	0	338.667	0	0	338.667
AS.3.2 Equipamentos terapêuticos e médicos duráveis (ETMD)	0	0	0	0	0	0
<b>AS.4 Ações de Vigilância à Saúde (AVS)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17.765</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17.765</b>
AS.4.1 Atenção Básica (AB)	0	0	10.210	0	0	10.210
AS.4.2 Média e Alta Complexidade (MAC)	0	0	7.555	0	0	7.555
<b>AS.5 Administração em Saúde e Seguro-saúde (AASS)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7.375.116</b>	<b>0</b>	<b>330.522</b>	<b>7.705.639</b>
AS.5.1 Atividades de Gestão Pública da Atenção em Saúde (AGP)	0	0	7.375.116	0	0	7.375.116
AS.5.2 Administração Privada em Saúde	0	0	0	0	330.522	330.522
<b>AS.6 Todas as demais atividades não incluídas anteriormente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fonte: Relatórios SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e Listagem de processos pagos/SMS/FMS. Tabela adaptada da Metodologia NHA.

Observa-se a predominância do Governo Municipal como receptor da maior quantia de recursos das fontes de financiamento e maior agente intermediário de financiamento, corroborando das observações realizadas nas Tabelas 1 e 2. De igual forma, ainda na Tabela 3, o Governo Municipal aparece como maior financiador das atividades de saúde. O Gráfico 16 ilustra melhor o financiamento das atividades.



**Gráfico 16** - Distribuição das atividades de saúde por agentes intermediários de financiamento em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/ DATASUS e Listagem de processos pagos/SMS/FMS.

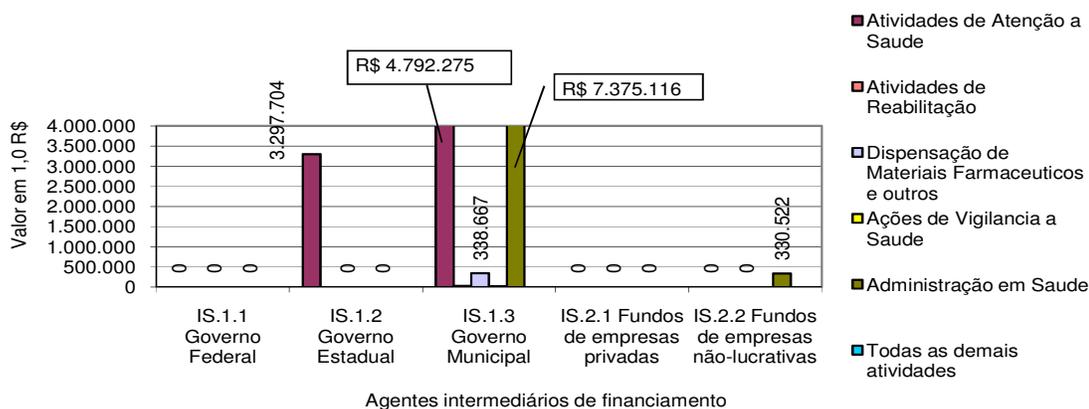
Do total das atividades de saúde produzidas no município (R\$ 16.173.504) o Governo Municipal financiou diretamente R\$ 12.545.278(78%); o Governo Estadual, R\$ 3.297.704 (20%); fundos de empresas não lucrativas, R\$ 330.522 (2%); e Governo Federal e fundo de empresas privadas não financiaram diretamente atividades de saúde, portanto, não foram agentes intermediários para Santo Antônio de Jesus, em 2005.

Embora a proporção do financiamento das atividades pelo Governo Municipal seja elevada em relação aos demais agentes, nota-se que houve redução do valor recebido (das fontes de financiamento) como receita (R\$19.967.244 (Tabela 1, coluna 8, linha 9) pelo Município) em relação àquele transformado em atividades de saúde (R\$ 12.545.278 (Tabela 3, coluna 4, linha 4)). Estaremos discutindo esta diferença e outras encontradas entre as tabelas no capítulo seguinte.

O gráfico 17, a seguir, detalha mais sobre as categorias de atividades<sup>40</sup> financiadas por cada agente intermediário de financiamento. Observa-se que o Governo Municipal financiou diretamente, em ordem decrescente, atividades de administração em saúde, atenção a saúde e atividades de dispensação de materiais farmacêuticos e outros – o que veremos mais amiúde

<sup>40</sup> As atividades que compõem cada categoria, já foram referidas no capítulo de Metodologia.

no Gráfico 18. O Governo Estadual financiou exclusivamente atividades de atenção à saúde, referente a atividades ambulatoriais de média e alta complexidade. Mais especificamente: terapia renal substitutiva e quimioterapia e outras atividades de atenção compostas das atividades do banco sangue. Os fundos de empresas não lucrativas foram intermediários de atividades da administração privada, assim classificadas as atividades geradas pelo recurso do INTEGRASUS, já conceituado no item 4.1.1, nota de rodapé 5. Não houve agenciamento de atividades pelo Governo Federal e fundos privados em Santo Antônio de Jesus, em 2005. A Tabela 4, presente no tópico 4.1.4, esclarecerá melhor quais as atividades desenvolvidas e oferecerá detalhamento sobre os provedores que realizaram as atividades.



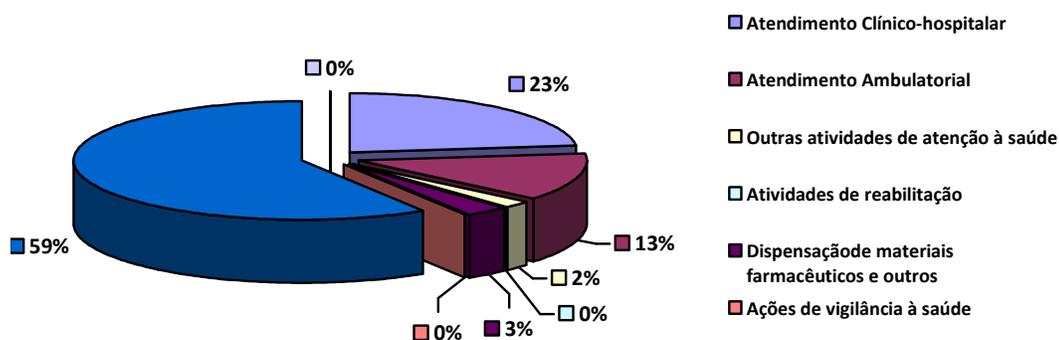
**Gráfico 17** - Atividades financiadas pelos agentes intermediários de Santo Antônio de Jesus, em 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/ DATASUS e Listagem de processos pagos/SMS/FMS.

A concentração de maior número e tipos de atividades de saúde do agente intermediário “Governo Municipal”, justifica prosseguirmos com detalhamento de suas atividades. Assim, o Gráfico 18 detalha a produção <sup>41</sup> de atividades ou os gastos <sup>42</sup> com tais atividades pelo município.

<sup>41</sup> Aqui se distingue produção de atividades como sendo a geração de atos de saúde registrados pelos profissionais de saúde sem uma correspondente e obrigatória remuneração dos mesmos aos profissionais ou à instituição.

<sup>42</sup> Gastos com atividades, aqui se refere à geração de atos de saúde cuja forma de pagamento aos profissionais ou à instituição tem correspondência com os registros realizados por eles.



**Gráfico 18** - Proporção do valor financeiro produzido ou pago por atividades de saúde intermediadas pelo governo municipal de Santo Antônio de Jesus, em 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/ DATASUS e Listagem de processos pagos/SMS/FMS.

O valor das atividades financiadas pelo Governo Municipal foi distribuído como segue: atividades de administração à saúde e seguros saúde, no gráfico, subdividido em atividades da gestão pública (59%) e atividades privadas (0%); atividades de atenção à saúde, subdivididas em atividades de atendimento clínico-hospitalar (23%), atendimento ambulatorial (13%) e outras atividades de atenção à saúde (2%), que agregam atividades de resgate e remoção de pacientes; atividades de dispensação de medicamentos (3%). As ações de vigilância à saúde e atividades de reabilitação, embora tenham apresentado gastos (R\$ 17.765 e R\$ 21.454, respectivamente) foram relativamente inexpressivas, próximas do zero percentual.

#### 4.1.4 Dos provedores de serviços de saúde para atividades de saúde.

A Tabela 4 encerra o caminho percorrido pelo numerário, de sua fonte (origem) até sua conversão em atividades utilizadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. O Diagrama 1, presente no item 3.3, demonstra a trajetória do recurso financeiro e localiza a Tabela 4 no processo da gestão financeira dos recursos da saúde.

Essa última tabela, alimentada com as mesmas fontes de dados da Tabela 3, contém na horizontal a disposição de todos os provedores de saúde existentes no município. Em sentido vertical, demonstra a disposição das atividades de saúde, classificadas conforme descrito no capítulo da metodologia.

No processo de alimentação das Tabelas 2 e 4, notou-se a existência de seis provedores de saúde que receberam recursos do agente intermediário (Secretaria Municipal de

Saúde), presentes na primeira e inexistentes na seguinte, quanto à realização de atividades. Para três desses provedores, detectou-se falha no fornecimento dos dados: o digitador não imprimiu o relatório do SIA/SUS, enviou posteriormente, mas não houve tempo hábil de inserir os dados nas tabelas. Contudo, o valor que deixou de ser inserido não se mostrou expressivo, totalizando R\$114.311,50. Os outros três provedores, para os quais não se detectou atividades, receberam o montante de R\$ 46.179,00.

A Tabela 4 descreve a produção de atividades pelos provedores de serviços de saúde municipais. Essas atividades foram agrupadas em categorias mais amplas dadas pela Classificação Provisória que permitem, juntamente com a tabela, apreender global e aproximadamente a natureza das ações desenvolvidas em relação aos gastos com saúde. Os critérios de agrupamento das categorias descritas estão detalhados no capítulo de metodologia.

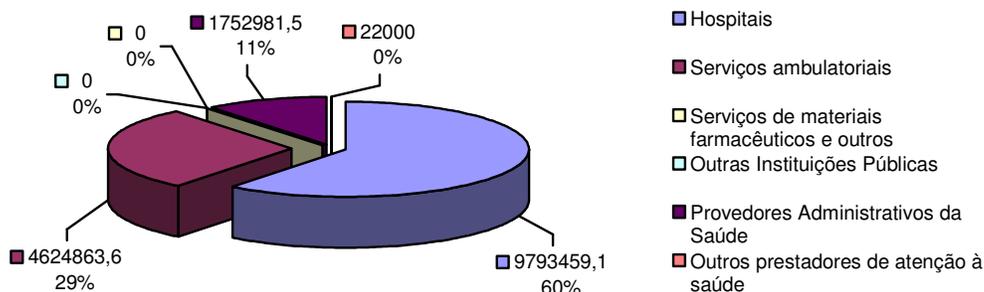
Interessante observar nesse caso de Santo Antonio de Jesus que o gasto público com atividades hospitalares representou pouco mais do dobro do gasto com atividades ambulatoriais, aí incluídas as do PSF – mesmo tratando-se de município de médio porte, com poucos serviços de média e alta complexidade. Uma análise mais detalhada do gasto por atividade, que é mais difícil de identificar e estimar e, por esse motivo, pouco referida na literatura, será mostrada a seguir:

**Tabela 4 - Provedores de serviços de saúde por atividades de saúde em Santo Antônio de Jesus, 2005 (1,0 R\$).**

Atividades de Saúde	Provedores de Saúde							Total
	PS.1 Hospitais	PS.2 Serviços Ambulatoriais (SA)	PS.4 Serviços de Materiais Farmacêuticos, Médicos e Ortopédicos	PS.5 Outras instituições públicas que provém e administram programas de saúde pública (SP)	PS.6 Administração da saúde(AS) e de seguros de saúde(SS)	PS.7 Outros prestadores de atenção à saúde	PS.8 Demais provedores Externos de adm. da saúde	
Total Atividades (AS.1 + AS.2 + AS.3 + ...)	9.793.459,1	4.624.863,6	0,0	0,0	1.752.981,5	2.200,0	0,0	16.173.504,2
AS.1 Atividades de Atenção à Saúde (AAS)	3.797.524,7	4.290.254,9	0,0	0,0	0,0	2.200,0	0,0	8.089.979,6
AS.1.1 Atendimento Clínico-Hospitalar Média e Alta Complexidade (ACH - MAC)	2.892.026,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2.892.026,2
AS.1.3 Atendimento Ambulatorial (AA)	905.498,5	3.938.846,1	0,0	0,0	0,0	2.200,0	0,0	4.846.544,7
AS.1.4 Outras Atividades de Atenção Clínica à Saúde	0,0	351.408,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	351.408,8
AS.2 Atividades de Reabilitação	0,0	21.453,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21.453,6
AS. 2.1 Grupo 18: fisioterapia(por sessão)	0,0	21.453,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21.453,6
AS.3 Dispensação de Materiais Médicos para pacientes ambulatoriais (DMM)	0,0	0,0	0,0	0,0	338.667,1	0,0	0,0	338.667,1
AS.3.1 Produtos farmacêuticos e médicos não-duráveis (PFMD)	0,0	0,0	0,0	0,0	338.667,1	0,0	0,0	338.667,1
AS.3.2 Equipamentos terapêuticos e médicos duráveis(ETMD)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AS.4 Ações de Vigilância à Saúde (AVS)	0,0	0,0	0,0	0,0	17.765,1	0,0	0,0	17.765,1
AS.4.1 Atenção Básica (AB)	0,0	0,0	0,0	0,0	10.209,9	0,0	0,0	10.209,9
AS.4.2 Média e Alta Complexidade (MAC)	0,0	0,0	0,0	0,0	7.555,2	0,0	0,0	7.555,2
AS.5 Administração em Saúde e Seguro-saúde (AASS)	5.995.934,4	313.155,2	0,0	0,0	1.396.549,3	0,0	0,0	7.705.638,8
AS.5.1 Atividades de Gestão Pública da Atenção em Saúde (AGP)	5.665.411,9	313.155,2	0,0	0,0	1.396.549,3	0,0	0,0	7.375.116,4
AS.5.2 Administração Privada em Saúde	330522,48	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	330.522,5
AS.6 Todas as Demais Atividades não incluídas anteriormente	0,0	0,00	0	0,00	0,0	0	0	0,0

Fonte: Relatórios SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e Listagem de processos pagos/SMS/FMS. Tabela adaptada da Metodologia NHA.

O Gráfico 19 apresenta o total da produção de atividades por cada tipo de provedor de saúde do Município.



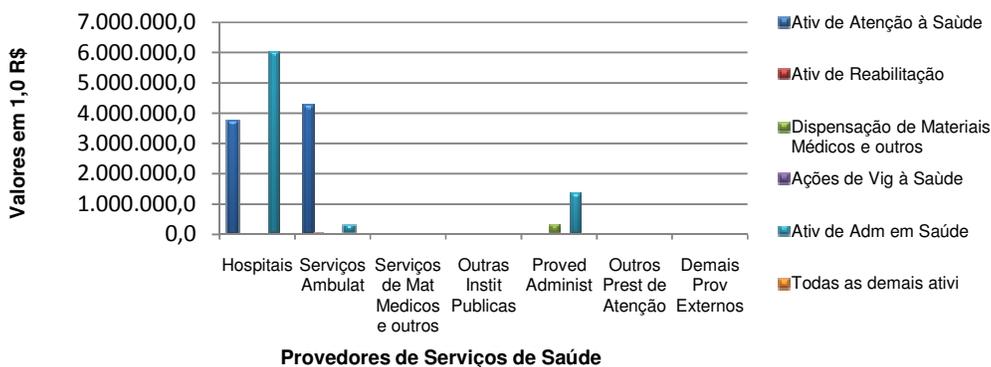
**Gráfico 19** - Percentual e valor (1,0 R\$) de atividades produzidas por cada tipo de provedor de saúde do SUS em 2005

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e listagem de processos pagos do FMS/SMS de SAJ.

Do valor total de atividades produzidas pelos provedores, 60% (R\$ 9.793.459,1) foi gerado pelos hospitais, 29% (R\$ 4.624.863,6) pelos provedores de serviços ambulatoriais, 11% (R\$ 1.752.981,5) pelos provedores administrativos da saúde, menos de 1% por outros prestadores de serviço, não havendo produção de atividades por outras instituições públicas e por serviços de materiais farmacêuticos e outros (Gráfico 19).

Uma análise comparativa dos Gráficos 11 (distribuição dos recursos dos agentes intermediários entre todos os provedores de saúde do município) e 19, revela que, no primeiro gráfico, os hospitais receberam 45% (R\$ 9.481.969,0) dos recursos e os provedores de serviços ambulatoriais 46% (R\$ 9.578.985,0). No Gráfico 19 se observa produção do provedor em atividades de saúde, os hospitais geraram valor de atividade em uma proporção maior (60%), mas quase igual (R\$ 9.793.459,1) em valor absoluto. Entretanto, os serviços ambulatoriais geraram valor de atividade em menor proporção (29%) e menor valor absoluto (R\$ 4.624.863,6). Em outras palavras: a proporção do dinheiro recebido pelos provedores **não** foi mantida na transformação em valor de atividades de saúde. Isso parece ter ocorrido por conta dos provedores de serviços ambulatoriais, já que o valor absoluto das atividades dos outros provedores foi mantido nessa passagem (Serviços de materiais farmacêuticos e outros (zero), Outras instituições públicas (zero), Provedores administrativos e Outros prestadores (R\$ 1.752.981,5)). Então, para onde foi o dinheiro passado do agente para os provedores de serviços ambulatoriais? Estaremos discutindo esta questão no próximo capítulo.

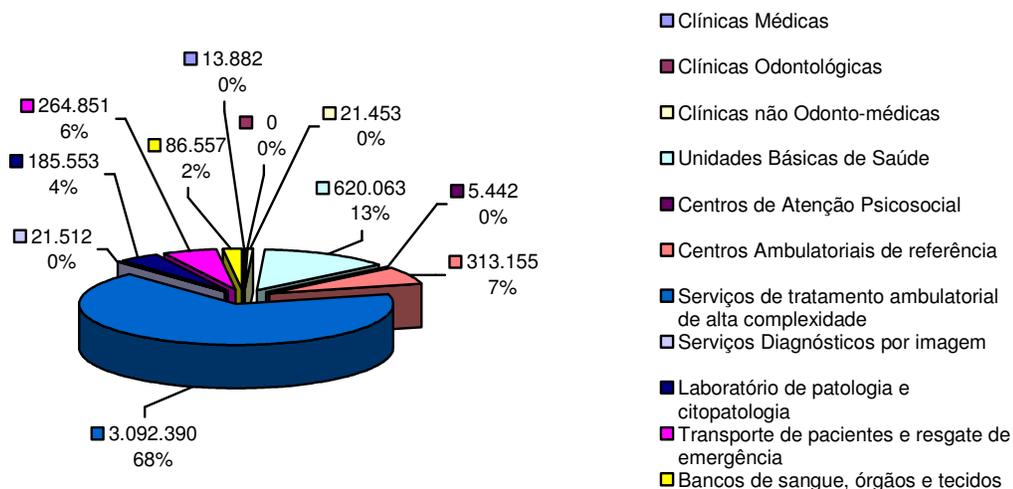
O Gráfico 20 ilustra o tipo de atividade desenvolvida por cada grupo de prestadores de serviços de saúde. Por seu intermédio observa-se que há uma concentração das atividades de atenção à saúde nos hospitais e serviços ambulatoriais. Aqui se tornam patentes duas situações citadas anteriormente: 1) As atividades de promoção e proteção (atividades de vigilância a saúde) ocorreram através de provedores administrativos e 2) Atividades administrativas realizadas por provedores hospitalares e ambulatoriais devido a algumas dessas unidades estarem em construção ou reforma.



**Gráfico 20** - Atividades de saúde produzidas por provedores em 2005

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e listagem de processos pagos do FMS/SMS de SAJ.

Os provedores de serviços ambulatoriais e a distribuição percentual e em valor absoluto das atividades de saúde para cada tipo de provedor de serviços ambulatoriais estão descritas no Gráfico 21.

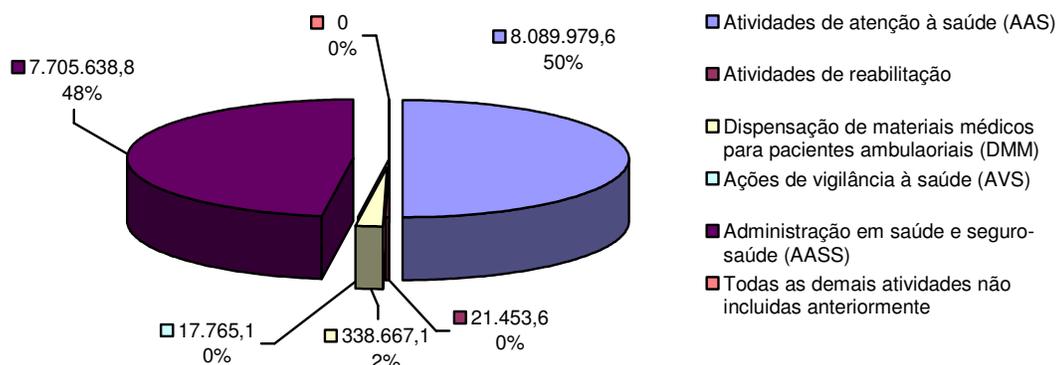


**Gráfico 21** - Participação de cada categoria de provedores ambulatoriais na produção de atividade da saúde em Santo Antônio de Jesus, 2005 (R\$ 1,0 e %).

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SUS/SMS, MS/DATASUS, e listagem de processos pagos do FMS/SMS de SAJ.

Observa-se o valor absoluto em reais e o percentual da produção de atividades pelos provedores de serviços ambulatoriais em ordem decrescente: serviços de tratamento ambulatorial de alta complexidade 3.092.390,0 (68%); unidades básicas de saúde 620.063,0 (13%); centros ambulatoriais de referência 313.155,0 (7%); transporte de pacientes e resgate de emergência 264.851,0 (6%); laboratórios de patologia e citopatologia 185.553,0 (4%); bancos de sangue, órgãos e tecidos 86.557,0 (2%). Os demais provedores de serviços ambulatoriais (clínicas médicas, clínicas odontológicas, clínicas não odonto-médicas, centros de atenção psicossocial, serviços de diagnóstico por imagem) não produziram ou produziram pequenos valores de atividades próximas do zero percentual, aproximadas para zero pelo software utilizado.

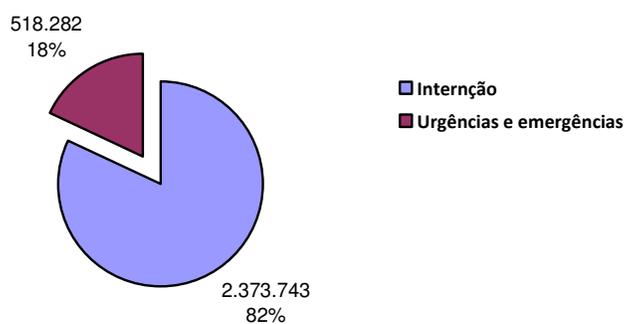
Um maior detalhamento sobre o perfil das atividades de saúde desenvolvidas pelo Município, em 2005, faz observar no Gráfico 22 que as atividades de atenção à saúde corresponderam a 50% dos recursos financeiros gerados com produção de atividades em saúde e as atividades administrativas a 48%. As atividades de reabilitação, dispensação de materiais médicos, ações de vigilância a saúde e outras atividades foram valores relativamente pequenos e próximos do zero percentual.



**Gráfico 22** - Percentual da produção de atividades de saúde realizadas pelo município em 2005

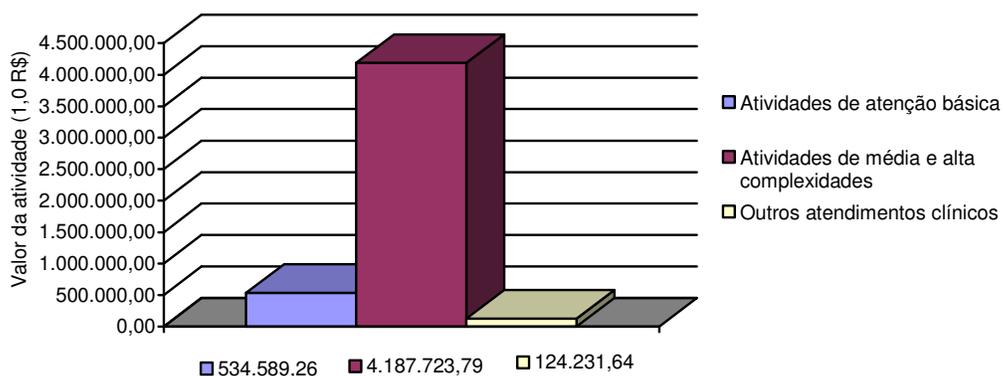
Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e listagem de processos pagos do FMS/SMS de SAJ.

Por sua vez, as atividades de atenção a saúde estão subdivididas em Atendimento Clínico-Hospitalar Média e Alta Complexidade (ACH - MAC), Atendimento Ambulatorial (AA) e outras atividades de atenção clínica a saúde que apresentaram, respectivamente, R\$2.892.026,20 (36%); R\$4.846.544,70 (60%) e R\$351.408,80(4%). As subdivisões das atividades de ACH – MAC e Atendimento ambulatorial estão representadas nos Gráficos 23 e 24.



**Gráfico 22** - Atividades do Atendimento Clínico - Hospitalar de Média e Alta complexidade em Santo Antônio de Jesus, 2005.

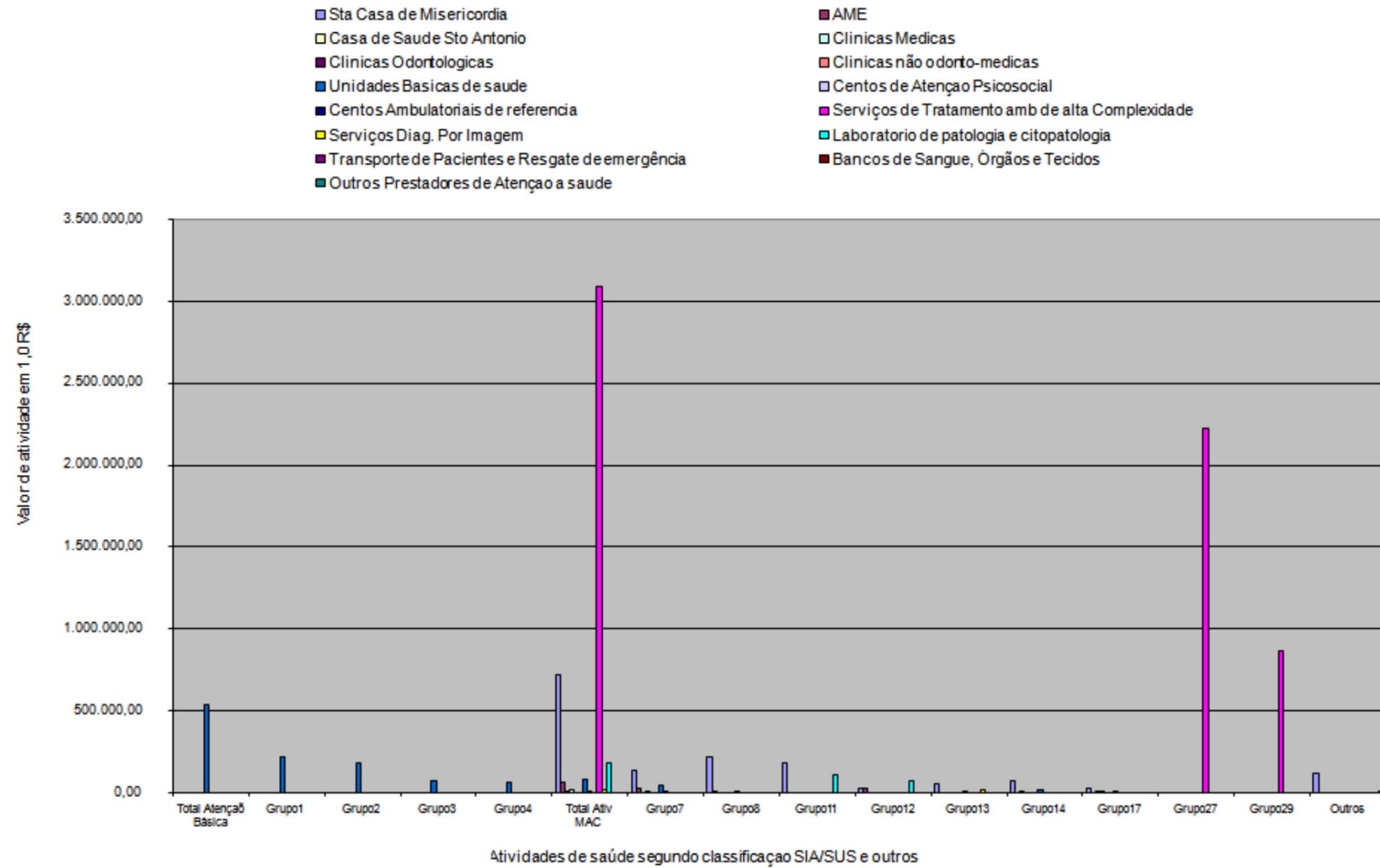
Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e listagem de processos pagos do FMS/SMS de Santo Antônio de Jesus.



**Gráfico 23** - Atividades do atendimento ambulatorial em Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/DATASUS e listagem de processos pagos do FMS/SMS de SAJ.

No ACH-MAC as internações produziram valor de atividade significativamente maior (R\$ 2.373.743,0), correspondendo a 82%; e as urgências e emergências, R\$ 518.282,0 (18%). No Atendimento ambulatorial, as atividades de Alta e Média Complexidade e Atenção Básica foram, respectivamente, R\$4.187.723,79 (86%) e R\$534.589,26 (11%). Outros atendimentos clínicos foram R\$ 124.231,64 (2,5%), os quais se restringiram a atendimentos ambulatoriais em eventos ou os dados estavam agregados não permitindo identificar subgrupos.

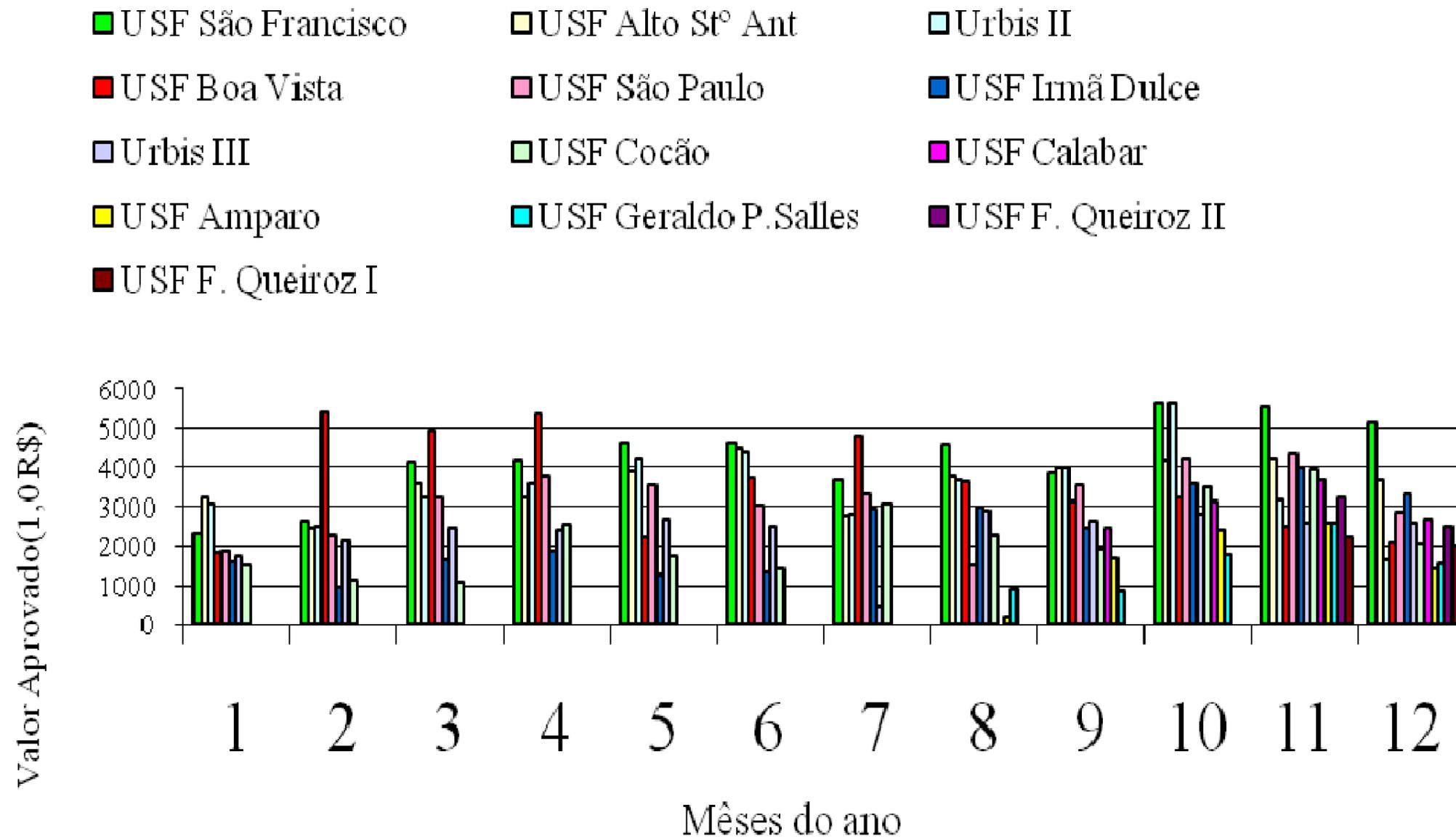


**Gráfico25** - Tipo e valor de atividades do atendimento ambulatorial produzida por cada provedor de saúde de Santo Antonio de Jesus em 2005.  
Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SUS/SMS.

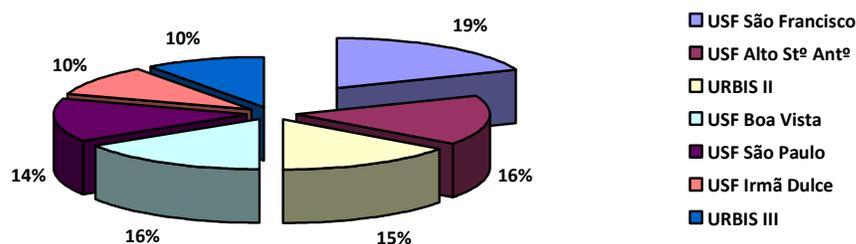
O Gráfico 25 apresenta os provedores de saúde e as atividades de atendimento ambulatorial que produzem. Observa-se que os Grupos da Atenção Básica de 01 a 04 (Ações Executadas por profissionais de enfermagem, Ações Médicas Básicas, Ações básicas em odontologia, Ações Executadas por profissionais de nível superior) são produzidos por apenas dois provedores: Unidades Básicas e Centro de Atenção psicossocial. Porém, existem Unidades básicas realizando atividades de média complexidade dos grupos 07, 08, 11, 13, 14 e 17, respectivamente: procedimentos especializados realizados por profissionais de nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, patologia clínica anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos e diagnose. Os grupos da alta complexidade (27 e 29) são realizados por provedores especializados e se referem às atividades de terapia renal substitutiva e quimioterapia. Outros grupos de atividades são atividades que não puderam ser classificadas nos grupos do SIA/SUS (atendimentos ambulatoriais em eventos ou os dados estavam agregados não permitindo identificar subgrupos) e que também foram realizados por outros provedores não classificados.

As tabelas da metodologia do NHA permitem desagregação ainda maior por tipo de provedor. Podemos, por exemplo, conhecer tipo e quantidade de atividades produzidas por cada unidade básica de saúde ou qualquer provedor ligado ao SUS que informe seus dados através do sistema de informação SIA/SIH/SUS. As sub-tabelas utilizadas para agregar os dados permitiram conhecer a produção das atividades das unidades por meses do ano.

O Gráfico 26 evidencia a produção de atividades das Unidades de Saúde da Família durante os meses do ano de 2005. Até o mês de junho, somente oito unidades produziram atividades. A partir daí, foi crescente o número de unidades que iniciaram a produção de atividades. Há uma homogeneidade da produção de atividades por meses do ano para a maioria das USF: nos meses de janeiro e fevereiro houve menor produção de atividade para a maioria das USF. No Gráfico 27 podemos constatar que houve certa homogeneidade na produção de atividades das USF, em funcionando de janeiro a dezembro de 2005.



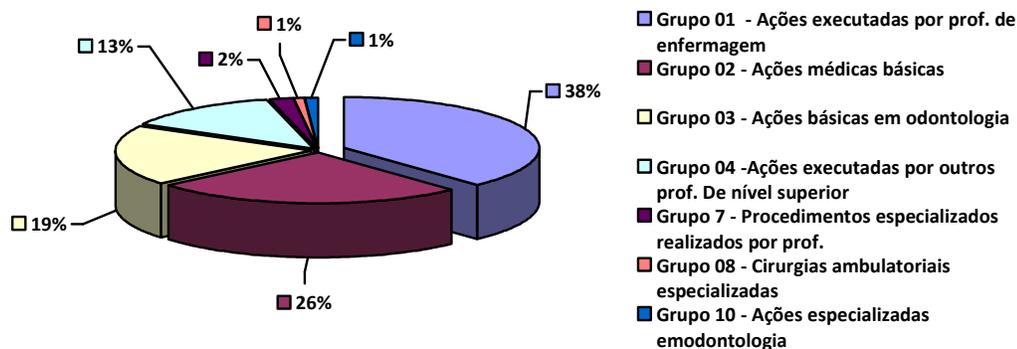
**Gráfico 26** - Produção total de atividades pelas Unidades de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus em 2005 (1,0 R\$)  
 Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SUS/SMS.



**Gráfico 27** - Proporção do valor (1,0 R\$) das atividades realizadas pelas Unidades de Saúde da Família ativas em Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS.

Os tipos e valores de atividades realizadas pelas USF, em 2005, estão expressos no Gráfico 28. Nota-se que as atividades registradas foram em ordem decrescente: Ações executadas por profissional de enfermagem (38%), ações médicas básicas (28%), ações básicas em odontologia (19%), ações executadas por outros profissionais de nível superior (13%), procedimentos especializados realizados por prof. (2%), cirurgias ambulatoriais especializadas (1%), ações especializadas em odontologia (1%).



**Gráfico 28** - Proporção dos grupos de atividades realizadas pelas Unidades de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus em 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS.

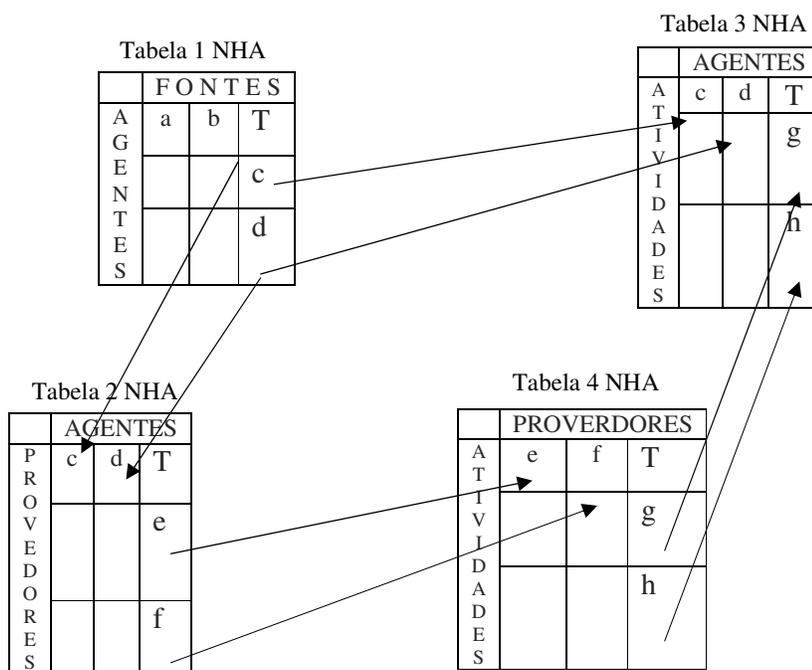
Os resultados apresentados até aqui são descritivos quantitativos, propiciados pela estrutura de cada tabela da Metodologia NHA.

No item seguinte apresenta-se o resultado gerado pela correlação entre as tabelas.

#### 4.1.5 O resultado intertabelas: relação entre o registro dos vários momentos do fluxo.

As tabelas NHA são relacionadas umas com as outras como já descrito no capítulo da metodologia. O Diagrama 2, aqui representado, ajudará no entendimento da correlação entre as tabelas e servirá de apoio para a explicação dos resultados empíricos encontrados.

As tabelas traçam o fluxo das verbas, das fontes de financiamento para os agentes, dos agentes para os provedores e destes para as atividades. Os gastos individuais foram cuidadosamente traçados em todas as tabelas, de forma que o total do gasto com a saúde municipal – o número contido na célula do canto direito superior de cada tabela (representado por T, no diagrama 2) – deveria ser o mesmo.



**Diagrama 2** - Representação gráfica da correlação entre as tabelas da metodologia NHA.

Adaptado de PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS (2003). **T**: total do gasto municipal com saúde. “**a**” e “**b**”: subtotais de cada fonte. “**c**” e “**d**”: subtotais de cada agente intermediário de financiamento. “**e**” e “**f**”: subtotais de cada provedor de saúde individualmente. “**g**” e “**h**”: subtotais de cada atividade de saúde.

Entretanto, o resultado empírico deste trabalho não encontrou essa igualdade nas tabelas 1, 2, 3 e 4; respectivamente nos itens 4.1.1; 4.1.2; 4.1.3; 4.1.4. A tabela 5 apresenta o gasto total municipal com saúde, encontrada em cada uma das quatro tabelas.

**Tabela 5** - Gasto total municipal com saúde apurado nas quatro tabelas da metodologia NHA, Santo Antônio de Jesus, 2005 (R\$ 1,0).

Tabela 1	%	Tabela 2	%	Tabela 3	%	Tabela 4	%
23.595.470	100	22.657.949	96	16.173.504	69,4	16.173.504	69,4

Fonte: elaboração própria com os dados das tabelas 1, 2, 3 e 4.

Apenas coincidiram os totais das tabelas 3 (R\$ 16.173.504) e 4(R\$ 16.173.504) que registram o fluxo, respectivamente, de agentes intermediários para atividades de saúde e de provedores de serviços para atividades. Nota-se também que os totais foram decrescendo da sua origem na tabela 1 até transformar-se em atividade de saúde na tabela 4. Os prováveis motivos apresentam-se distintos de acordo com as tabelas envolvidas, sobre o que, trata-se a seguir.

A diferença encontrada, entre a tabela 1 e tabela 2, de R\$ 937.521, provavelmente, deve-se a diferentes critérios de contabilização das receitas e despesas das fontes de dados **municipais** que alimentaram ambas as tabelas (as células da tabela 1 e 2 em 4.1.1 e 4.1.2 referentes à União, estado e fundo particular coincidem) . A tabela 1 foi alimentada com dados de receita do município informados ao SIOPS que considera todo dinheiro que deu entrada no FMS até o 10º dia do exercício seguinte (10 de janeiro de 2006) e a tabela 2 foi alimentada com dados da “Listagem de processos pagos” do sistema contábil municipal que computa as despesas pagas até 31 de dezembro do ano estudado. Além da tabela 1 considerar entradas até o dia 10 de janeiro, aumentando o valor total na tabela 1; a tabela 2 pode também **não ter** alcançado despesas efetivamente realizadas, porém ainda não pagas, reduzindo o total da tabela 2.

A diferença entre a tabela 2 e 3<sup>43</sup> de R\$ 6.484.445, provavelmente, ocorre pelo fato das tabelas 3 e 4 descritas respectivamente em 4.1.3 e 4.1.4:

1. terem sido alimentadas com o relatório SIA/SIH/SUS<sup>44</sup> “programação físico-orçamentária” que atribui para cada atividade de saúde um valor, tomando como referência a tabela de procedimentos SIA/SUS, muito defasada em relação aos preços praticados no mercado;<sup>45</sup>

<sup>43</sup> O mesmo ocorre entre a tabela 2 e 4.

<sup>44</sup> Descrito no capítulo da metodologia

<sup>45</sup> Elias (2005, p. 107) demonstrou em estudo realizado em 1993 que as remunerações praticadas pelo SUS eram irrisórias “[...] onde o preço de um Big Mac equivale ao que é pago por uma consulta médica, sendo maior do que o preço de um exame de urina [...]”. Não houve mudança desta situação até o período desse estudo.

2. os valores atribuídos às atividades, no município de Santo Antônio de Jesus, geram pagamentos aos provedores privados<sup>46</sup>, contratados pelo SUS, mas não geram pagamento aos provedores públicos da administração direta (unidades básicas, unidades da saúde da família, policlínicas públicas), enquanto a tabela 2 registra o valor realmente pago aos provedores públicos ou privados;
3. certas atividades de saúde não têm uma correspondência na tabela de procedimentos do SUS, levando a um sub-registro de atividades. A exemplo da Vigilância Epidemiológica, que computou, na tabela 2, pagamentos no valor de R\$ 477.941, enquanto atividades puderam ser apenas estimadas por rateio das atividades educativas da atenção básica em R\$ 9.138.

Reforçando o que foi dito sobre a diferença entre a tabela 2 e 3, observa-se que os subtotais dos agentes intermediários “Governo Federal”, “Governo Estadual” e “Fundos privados” da Tabela 2 e Tabela 3 coincidem. Isso porque esses agentes realizam os pagamentos aos provedores, exatamente pelo mesmo valor dos procedimentos (atividades) da tabela SUS, são os procedimentos de média e alta complexidade que mantêm um valor próximo do valor de mercado.

O valor total das quatro tabelas, representado por “T” no Diagrama 2, representaria o gasto total com saúde do município de Santo Antônio de Jesus como um todo, se, principalmente, os dados do sistema privado estivessem disponíveis. Entretanto, é possível extrair este dado em relação ao gasto público do município e detalhar este gasto por cada unidade de saúde ou por grupos de unidades com atividades afins. A partir desta extração, poder-se-á calcular indicadores de acompanhamento que possam refletir os gastos com saúde em outros períodos de tempo que sejam importantes para o município ou comparar com outros municípios. No próximo ítem, algumas possibilidades de construção de indicadores são apresentadas.

#### **4.2 Alguns indicadores selecionados.**

---

<sup>46</sup> Trata-se da forma de “pagamento por serviços prestados” no qual o prestador realiza atos ou procedimentos de saúde e apresenta uma fatura, cujos valores dos atos ou procedimentos estão discriminados em uma tabela (ELIAS, 2005), a qual já foi comentada no item 4.1.3. Para Elias (2005) esta forma de pagamento causa grandes distorções como penalização dos procedimentos mais simples, sejam clínicos ou laboratoriais e valorização e privilégio dos procedimentos mais sofisticados, levando a fraudes e a aumentos dos custos em saúde.

Diante dos valores diferentes de Gasto Público com Saúde (GPS) obtido nas quatro tabelas, escolheu-se, para o cálculo dos indicadores que utilizam o GPS, os valores encontrados na Tabela 2, por ser a tabela que mais registra o desembolso direto das despesas de Santo Antonio de Jesus no ano de 2005; e por ter passado pelo crivo dos pesquisadores para retirada de possíveis despesas que não atendessem à definição de “gastos” do NHA<sup>47</sup>; embora, falte na Tabela 2 a incorporação das despesas cuja atividade já foi realizada sem o pagamento real ter ocorrido, conforme preconizado pela metodologia NHA<sup>48</sup>. Entretanto, pode-se estimar que essas despesas não sejam tão significantes devido à proximidade do valor encontrado na tabela 2 (R\$ 19.029.722) e no que foi declarado no SIOPS como despesa liquidada (R\$ 19.646.694,4) no ano de 2005.

O Gasto Público com Saúde do município de Santo Antônio de Jesus no ano 2005 (GPS/SAJ) foi obtido pela soma dos valores encontrados nas células que encabeçam as colunas da Tabela 2 em 4.1.2, referente aos agentes intermediários públicos (R\$ 22.327.426). A partir desse valor, obteve-se um indicador: o Gasto Público com Saúde de Santo Antônio de Jesus *per capita* (GPS/Santo Antônio de Jesus *per capita*), utilizando no denominador a população do município estimada para 2005, segundo o IBGE (85.536 habitantes), cujo valor encontrado foi: R\$ 261/hab./ano. Utilizando-se apenas os dados informados no SIOPS para obter o GPS/Santo Antônio de Jesus, o valor *per capita* seria apenas R\$ 229,7/hab./ano porque deixaria de fora os gastos das outras instâncias públicas no município, que não passam pelo FMS.

Outro indicador possível de se obter foi o Gasto Público do Tesouro Municipal *per capita* do ano de 2005 (GPTM/Santo Antônio de Jesus/*per capita*/ano). A receita própria do município somente apareceu desagregada na Tabela 1 (R\$ 4.024.003) podendo ser considerada como gasto, haja vista que é uma receita sem limitação de uso (no sentido de não ser vinculada a um programa ou atividade específica) e por isso tem saída quase instantânea à entrada. Sendo assim, o cálculo do indicador é o GPTM/Santo Antônio de Jesus dividido pela população estimada para o ano 2005 (85.536 habitantes), igual a R\$ 47,0/*per capita*/ano.

---

<sup>47</sup> Segundo o PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS (2003), gastos com saúde nacional englobam todos os gastos com atividades cuja proposta primária é restabelecer, melhorar e manter a saúde para a nação a seus indivíduos durante um período de tempo definido. Por essa definição, gastos com assistência social, educação, saneamento, entre outras possibilidades, seriam retiradas da relação de gastos com saúde.

<sup>48</sup> A metodologia NHA considera a incorporação de despesas pelo [...] método ‘incrementado’ para definir seu limite de tempo; isto é, os gastos são considerados por um período de tempo no qual a atividade toma lugar (se realiza) e não quando o pagamento real é feito. Por exemplo, se uma estadia de hospital ocorre durante o último mês do ano fiscal de 2002, mas o pagamento é feito no ano fiscal de 2003, o gasto é considerado pelo ano fiscal de 2002 (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003. p. 5, tradução nossa), que equivale à definição brasileira de “despesas liquidadas”.

Conhecendo-se o Produto Interno Bruto (PIB) do município no ano 2005 (R\$ 512.453.000,3) <sup>49</sup>, foi possível calcular o percentual do PIB que corresponde ao GPS para o ano de 2005, o mesmo ocorrendo com o GPTM em relação ao PIB, os quais foram respectivamente 4,4% e 0,79%.

Através das tabelas operacionais da Tabela 2, também foi possível conhecer os indicadores de gasto *per capita* das unidades de saúde com população adstrita, como as unidades da Estratégia Saúde da Família. Como as unidades de saúde não funcionaram uniformemente no ano de 2005 devido a motivos já expostos em 4.1.2., optou-se em separar os indicadores em duas tabelas: a Tabela 6 descreve os indicadores das USF que não funcionaram durante todo o ano e a Tabela 7 descreve os indicadores das unidades que funcionaram durante todo o ano em questão.

**Tabela 6** - Gasto per capita por Unidade de Saúde da Família implantada há menos de um ano, Santo Antônio de Jesus, 2005.

<b>Unidade de Saúde da Família (nome cadastrado no CNES)</b>	<b>População cadastrada no SIAB em 31/12/2005.</b>	<b>Gasto médio mensal apurado por unidade (1,0 R\$)</b>	<b>Indicador GUSF/per capita/mês (1,0 R\$)</b>	<b>Indicador GUSF/per capita/ano (1,0 R\$)</b>
Viriato Lobo	2.733	106.012,60	38,7	465,4
Aurelino Pereira dos Reis	2.840	67.986,1	23,9	287,2
Dr. Fernando Queiroz I	3.155	42.686,1	13,5	162,3
Dr. Fernando Queiroz II	3.613	42.686,1	11,8	141,7
Geraldo Pessoa Sales	2.725	26.867,02	9,7	117,1
Amparo	3.735	27.410,5	7,3	88,0
Calabar	3.438	37.520,0	10,9	130,9
Benfica	2901	62.106,3	21,4	256,9

Fonte: elaboração própria.

As unidades de saúde da Tabela 6 foram implantadas no ano de 2005 e funcionaram de um a cinco meses no ano como descrito no Quadro 10. Observa-se que essas unidades

<sup>49</sup>IBGE (2005). Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estatisticas\_Projecoes\_Populacao/>.

apresentaram, no geral, um gasto *per capita* mais elevado do que as que estavam em funcionamento há mais de um ano. Os custos de implantação com reformas, compra de equipamentos, mobiliário e outros necessários para o início do funcionamento de uma unidade de saúde da família, certamente, contribuíram para elevar os gastos dessas unidades.

**Tabela 7 - Gasto *per capita* por Unidade de Saúde da Família implantada há mais de um ano, em Santo Antônio de Jesus, 2005.**

<b>Unidade de Saúde da Família (nome cadastrado no CNES)</b>	<b>Média da População cadastrada no SIAB em 31/12/2004 e 31/12/2005.</b>	<b>Gasto apurado por unidade/ano (1,0 R\$)</b>	<b>Indicador GUSF/per capita/mês (1,0 R\$)</b>	<b>Indicador GUSF/per capita/ano (1,0 R\$)</b>
São Francisco	4.537	282.515,03	5,2	62,3
Urbis III	3.810	278.299,43	6,1	73,1
Irmã Dulce	3.642	283.609,03	6,5	77,9
Urbis II	3.914	278.299,43	5,9	71,1
São Paulo	3.606	278.237,93	6,4	76,5
Alto Stº Antonio	3.639	278.237,93	6,4	76,5
Cocão	2.188	306.412,65	11,7	140,0
Boa Vista	2.952	292.745,13	8,3	99,2

Fonte: elaboração própria.

As unidades de saúde da Tabela 7 já funcionavam há mais de um ano e apresentaram gastos menores, no geral. Entretanto destacam-se neste grupo as unidades do Cocão e Boa Vista que se localizam na área rural do município e apresentam gasto mais elevado *per capita*.

A seguir passaremos a descrever os resultados da análise qualitativa dos documentos fornecidos pela secretaria do município de Santo Antonio de Jesus, bem como cruzar a análise qualitativa com os dados obtidos nas tabelas quantitativas.

#### **4.3 As responsabilidades legais orçamentárias planejadas e a alocação dos recursos financeiros pela gestão municipal da saúde.**

O orçamento público foi implantado no Brasil em 1830 e tem sido um dos principais instrumentos na condução do processo financeiro das gestões públicas da união, estados e municípios. O orçamento moderno é – ou deve ser - muito mais que um instrumento de controle político do executivo, ele tem se tornado um instrumento par operacionalizar os planos de governo (GIACOMONI, 2007). Na área da saúde foram criados os fundos municipais de saúde que funcionam como uma unidade orçamentária<sup>50</sup>, ou seja com receitas e despesas próprias. A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2000 p. 4) justifica a criação dos fundos de saúde da seguinte forma:

[...] a centralização dos recursos da saúde em uma só Unidade Orçamentária, vinculada a S.M.S, garante o cumprimento de princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), possibilita maior transparência e conhecimento da alocação dos recursos orçamentários , facilitando o controle social e a racionalidade na gestão.

A execução orçamentária pelo poder executivo de um ente federado constitui-se em etapa importante do processo administrativo (GIACOMONI, 2007). Saindo da gestão municipal e localizando-se na gestão dos serviços de saúde, a execução da unidade orçamentária da saúde tem a mesma importância referida pelo autor acima citado. Dessa forma passaremos a descrever a execução orçamentária do fundo municipal de saúde no ano de 2005.

#### **4.3.1 A Lei Orçamentária Anual e a execução orçamentária**

Embora a Lei Orçamentária Anual (LOA) tenha sido estabelecida em marco legal anterior – Lei nº. 4.320/64 - a Constituição de 1988 a tornou obrigatória para todos os níveis de governo e consolidou o princípio da universalidade, até então desrespeitado com frequência (GIACOMONI, 2007). Essa lei deriva do Plano Plurianual (PPA), com elaboração obrigatória a cada quatro anos, e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que destaca do PPA as prioridades e metas a serem executadas em cada ano. A LOA estima as receitas e fixa as despesas para o exercício financeiro de um ano de gestão, que no Brasil coincide com o ano civil de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

A execução orçamentária é a terceira etapa do processo orçamentário, após a elaboração de proposta orçamentária e da discussão, votação e aprovação da lei orçamentária

---

<sup>50</sup> A lei Federal 4.320/64 (1964, art. 14) afirma: “Constitui unidade orçamentária o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias”.

(GIACOMONI, 2007); constitui-se da execução da receita e execução da despesa. Enquanto a despesa é executada em vários estágios e de forma descentralizada, a realização da receita tende a ser centralizada. A execução das receitas e despesas encontra-se parcialmente reconstituída no Quadro 11 com os dados obtidos através dos documentos fornecidos para a pesquisa.

<b>RECEITAS</b>		
Especificação	Receitas Estimadas	Receitas Realizadas
<b>RECEITAS CORRENTES</b>	15.058.171,00	13.951.830,06
Receita Patrimonial	0,00	110.900,00
Transferências Correntes	15.058.171,00	13.780.910,89
Transferências Intergovernamentais	15.058.171,00	13.689.910,89
Transferências Municipais	3.450.000,00	3.992.286,90
Transferências de Convênios	0,00	91.000,00
Outras Receitas Correntes	0,00	60.018,24
<b>RECEITAS DE CAPITAL</b>	4.003.029,00	6.154.616,22
<b>TOTAL DA RECEITA ORÇAM. BRUTA</b>	19.061.200,00	20.106.446,28
<b>TOTAL DA RECEITA EXTRA-ORÇAM.</b>	0,00	1.086.728,85
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	19.061.200,00	21.193.175,13
<b>DESPESAS</b>		
Especificação	Despesas fixadas	Despesas Pagas
<b>DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS</b>	19.061.200,00	17.563.897,23
Despesa corrente	14.327.200,00	11.827.254,24
Despesa de capital	4.734.000,00	5.736.642,99
<b>DESPESAS EXTRA ORÇAMENTÁRIAS</b>	0,00	2.021.279,83
<b>TOTAL GERAL DAS DESPESAS</b>	19.061.200,00	19.585.177,06

**Quadro 11** - Execução das receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde em 2005 a partir dos dados primários fornecidos pelo município.

Fonte: LOA 2005, Demonstrativo de receitas do FMS dezembro/2005, Demonstrativo de despesas do FMS dezembro/2005.

Foi mantida a dotação orçamentária<sup>51</sup> da LOA sem os créditos adicionais<sup>52</sup> por não se dispor dos documentos que instituíram esses créditos, embora esta informação apareça no documento “Demonstrativo de Movimento do Mês dezembro/2005” que se encontra no Anexo A. Observa-se que as receitas excederam a dotação prevista inicialmente de R\$

<sup>51</sup> A LOA é organizada por créditos orçamentários que são categorias classificatórias que especificam as ações e operações autorizadas e a *dotação* é o limite de recurso financeiro também autorizado, segundo Giacomoni (2007).

<sup>52</sup> GIACOMONI, (2007)., refere que os créditos adicionais podem ser suplementares, especiais e extraordinários. Respectivamente destinam-se a reforçar dotações orçamentárias já existentes, atender a despesas não previstas na LOA e atender a despesas imprevisíveis e urgentes. Os suplementares e especiais necessitam de autorização do poder legislativo, enquanto os extraordinários não necessitam de autorização do legislativo, um decreto do executivo pode ser rapidamente emitido.

19.061.200,00 para R\$ 21.193.175,13 principalmente às custa da receita de capital e em menor valor da receita extra orçamentária e receita corrente patrimonial. Segundo Giacomoni (2007), o valor constante em cada ítem da receita orçamentária, constitui-se em mera previsão, podendo ficar aquém ou ultrapassar o valor estimado. Difere da execução das despesas que são fixadas pela lei e dependem de autorização do legislativo para qualquer modificação para mais ou para menos. Quanto à execução das despesas, nota-se que as despesas pagas ficaram mais próximas das despesas fixadas, isso provavelmente deve-se ao não registro de créditos suplementares por esta pesquisa, como comentado anteriormente.

Observa-se que as receitas realizadas<sup>53</sup> estão diferindo das despesas pagas. Entretanto, faltaram documentos para reconstituir a execução orçamentária em sua totalidade, como por exemplo, além dos créditos adicionais já referidos, as receitas a realizar, as despesas a realizar da lei nº. 8<sup>54</sup> e os saldos do exercício anterior, em caixa e nos bancos. Esse fato inviabilizou a análise e as conclusões acerca da execução orçamentária, no que se refere ao balancete de receitas e despesas. O Anexo A é o documento oficial de execução orçamentária de receitas e despesas, onde aparecem os dados que não foram acessíveis para a pesquisa. Diante da dificuldade exposta, optou-se por analisar apenas a execução das despesas orçamentárias dos projetos/atividades visto que os dados fornecidos pelo município e pelo SIOPS permitiram melhor observação.

O detalhamento do orçamento no Brasil por programas, subprogramas, projetos e atividades iniciou-se em 1967, restrito à área federal, e estendeu-se a estados e municípios em 1974 pela Portaria nº. 9 do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral. Somente no final da década de 90 houve uma classificação autêntica por programas (GIACOMONI, 2007). A classificação detalhada por programas e suas subdivisões permitem uma observação mais amigável da execução orçamentária das despesas, como se verifica na elaboração do Quadro 12, a seguir, e na comparação com outras fontes de dados.

Observaram-se na LOA 2005 do município de Santo Antônio de Jesus, no Quadro de Detalhamento de Despesas (QDD)<sup>55</sup>, nove créditos orçamentários com as suas respectivas dotações, assim distribuídas: aquisição de UTI móvel e ambulância ( R\$ 180.000,00); construção do hospital regional (R\$ 4.000.000,00); gestão das ações de assistência à saúde plena (R\$ 8.360.000,00); gestão das ações de assistência a saúde básica (R\$ 2.296.200,00 );

---

<sup>53</sup> Aquelas que efetivamente foram arrecadadas ou deram entrada no Erário.

<sup>54</sup> Lei municipal de adiantamento, para pequenas despesas que não podem esperar o processo normal de execução das despesas.

<sup>55</sup> É o nível mais detalhado da lei orçamentária, com maior especialização das despesas em projeto/atividade, o que permite o acompanhamento orçamentário pelos níveis gerenciais. Esse quadro também apresenta as funções e as fontes dos recursos orçados para o projeto/atividade.

gestão das ações de assistência a saúde com recursos próprios (R\$ 1.650.000,00); gestão das ações do PACS (R\$ 700.000,00); PSF – Programa de Saúde da Família (R\$ 1.500.000,00); gestão das ações de Vigilância Epidemiológica (R\$ 290.000,00); e gestão das ações de Vigilância Sanitária (R\$ 85.000,00).

Projeto/Atividade <sup>56</sup>	DESPESAS ORÇAMENTARIAS				
	DESPESAS FIXADAS	DESPESAS LIQUIDADAS <sup>57</sup>		DESPESAS PAGAS <sup>58</sup>	
	LOA/QDD	Demonstrativo de Despesas/SMS	SIOPS	Demonstrativo de Despesas/SMS	SIOPS
Aquisição de Unid. Móvel	180.000,00	83.590,00	NA	83.590,00	NA
Construção de Hosp. Regional	4.000.000,00	5.297.153,21	NA	4.869.399,02	NA
Gest de assist. à saúde plena	8.360.000,00	5.296.125,77	NA	5.294.535,83	NA
Gest. de assist. à saúde básica	2.296.200,00	1.366.079,24	NA	1.321.777,22	NA
Gest de assist. à saúde rec próprios	1.650.000,00	2.911.322,77	NA	2.899.689,50	NA
Gestão das ações dos PACS	700.000,00	681.739,66	NA	681.739,66	NA
PSF-Programa de Saúde da Família	1.500.000,00	2.022.052,40	NA	2.021.312,40	NA
Gest das ações de Vig. Epidemiológica	290.000,00	285.965,97	NA	285.939,97	NA
Gestão das ações da Vig. Sanitária	85.000,00	105.913,61	NA	105.913,61	NA
<b>TOTAL SAÚDE</b>	<b>19.061.200,00</b>	<b>18.049.942,63</b>	<b>18.049.942,65</b>	<b>17.563.897,21</b>	<b>17.563.897,23</b>

**Quadro 12** - Execução orçamentária das despesas orçamentárias do FMS de Santo Antônio de Jesus registrada em duas fontes de dados, para o ano 2005 (1,0 R\$).

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, Demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, SIOPS/DATASUS/MS.

Observa-se uma menor execução das despesas (pagas) em relação ao programado na LOA, com uma diferença para menos de R\$ 1.497.303,00. Isso parece ter-se dado como resultado de menor execução nos projetos/atividade “Aquisição de Unidade Móvel” (46,4%), “Gestão de assistência a saúde plena” (63,3%), “Gestão de assistência à saúde básica” (57,56%), “Gestão das ações dos PACS” (97,4%), “Gestão das ações de Vigilância

<sup>56</sup> Projetos e atividades são os instrumentos que viabilizam operacionalmente a consecução dos objetivos dos programas, segundo Giacomoni (2007).

<sup>57</sup> São despesas empenhadas, cujos bens já foram entregues ou a prestação de serviços realizada segundo Giacomoni (2007), cujo pagamento ainda não se efetuou.

<sup>58</sup> São despesas onde já se emitiu a ordem de pagamento e o pagamento propriamente ocorreu (GIACOMONI, 2007).

Epidemiológica” (89,6%), parcialmente compensado pela elevação da execução do projeto/atividade “Construção de Hospital Regional” (121,7%), “Gestão de assistência à saúde com recursos próprios” (175,7%), “PSF-Programa de Saúde da Família” (134,8%), “Gestão das ações da Vigilância Sanitária” (124,6%).

Resalta-se, entretanto, que alguns desses projetos/atividades estão incorporando ações contidas na mesma grande área da gestão de saúde, necessitando de uma interpretação mais contextualizada. Esse aspecto será visto no próximo capítulo que se deterá na discussão e análise dos resultados.

#### **4.3.2 A comparação entre os dados quantitativos e qualitativos da gestão dos recursos financeiros do SUS municipal.**

Os dados quantitativos aqui analisados são oriundos dos documentos e registros de arquivos relacionados no Quadro 8; do resultado das quatro tabelas NHA alimentadas com os registros em arquivos Reg. 2, Reg. 3 e Reg. 6, também relacionados no mesmo quadro; e dados secundários do DATASUS. Os dados qualitativos foram extraídos principalmente do Plano Municipal de Saúde (Doc. 4) e do Relatório de Gestão 2005 (Doc. 5). Para facilitar o entendimento do processo da gestão financeiras do SUS municipal e das suas relações, far-se-á uma breve explanação sobre os principais instrumentos do planejamento da gestão do SUS e alguns detalhes das suas construções no município campo de estudo.

O plano de saúde foi instituído a partir das leis 8080/90 e 8142/90 para todos os níveis de governo, pois é exigência legal para os estados, municípios e distrito federal receberem as transferências regulares e automáticas do fundo nacional de saúde. Segundo o MAPLAS<sup>59</sup> (BAHIA, 2001, p. 9 grifo nosso):

O Plano Municipal de Saúde é um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas do governo municipal na área de saúde [...]. Mais que uma exigência formal, entretanto, o Plano é uma expressão da **responsabilidade** municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas, decisão essa que se traduz em um conjunto de objetivos e propostas de ação que exigem a captação, distribuição, e utilização de recursos (financeiros, humanos e materiais)

---

<sup>59</sup> O MAPLAS – Manual de Planejamento Municipal em Saúde foi elaborado por Carmem Fontes Teixeira (ISC/UFBA) e colaboradores.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) vigente em 2005, foi elaborado em 2002 por uma equipe de três membros que compilou e analisou as informações. O Conselho Municipal de Saúde discutiu e priorizou os problemas de saúde e as ações a serem executadas nos anos de 2002 a 2005 (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2002, p. 3).

A Agenda de Saúde foi instituída para os três níveis de governo a partir de 2001, através das portarias ministeriais GM 393/01, 548/01 e 966/01 com a finalidade de subsidiar as outras etapas do planejamento (especialmente o Plano Plurianual de Saúde e Relatório Anual de Gestão). Essa agenda tem uma periodicidade anual e também cumpre o papel de atualizar os planos de saúde que são de frequência quadrienal. O município de Santo Antônio de Jesus não elaborou a Agenda de Saúde 2005.

O Relatório Anual de Gestão é a etapa do planejamento que registra o acompanhamento e a avaliação da execução do Plano Plurianual de Saúde, nas três esferas de governo; assim como o plano de saúde, constitui-se em uma exigência legal para as transferências de recursos financeiros. Segundo o MAPLAS (BAHIA, 2001), o Relatório Anual de Gestão Municipal é uma oportunidade de “correção de rumo” e ajustes ao Plano Municipal de Saúde (PMS), com base nas dificuldades analisadas. Para analisar o relatório de gestão deve-se lançar mão do Quadro de Metas<sup>60</sup> contido no Plano Municipal como o ponto de partida. Esse manual indica que o Relatório de Gestão deve

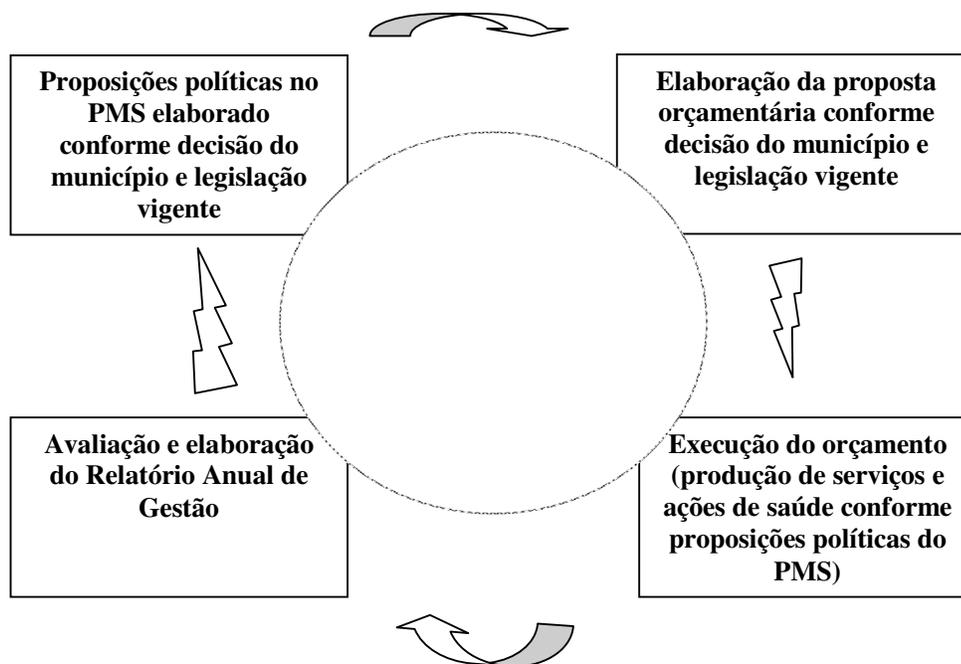
[...] analisar as informações obtidas buscando identificar o grau de cumprimento de cada um dos objetivos e metas do PMS. [...] O cumprimento da meta revela um cálculo mais ou menos preciso com relação à capacidade operacional do sistema na linha de ação específica, devendo ser devidamente registrada. O não cumprimento, por sua vez, seja para mais ou para menos, revela uma defasagem entre a previsão inicial e a capacidade de execução, o que deve ser explicado, seja por um erro de cálculo seja pela existência de dificuldades (meta não alcançada) ou oportunidades de ação (meta superada) não previstas quando da elaboração do plano. (BAHIA, 2001, p. 23).

O Relatório de Gestão 2005 foi elaborado em março de 2006 por uma equipe de diretores dos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, coordenada por uma assessora técnica do gabinete da secretaria (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006, p. 4).

No cotidiano da gestão, a interrelação entre os instrumentos de planejamento governamental e planejamento setorial da saúde procede-se, ou deveria proceder, como esquematizado no Diagrama 3, a seguir:

---

<sup>60</sup> O quadro de metas é uma parte integrante do plano de saúde, no qual constam as metas prioritárias e os indicadores de acompanhamento e avaliação do processo de execução do plano, segundo Brasil (2001).



**Diagrama 3** - Representação esquemática de um ciclo de gestão financeira municipal da saúde.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2001)

O ciclo inicia-se com as proposições políticas ou objetivos gerais do governo municipal para a área da saúde, expressas no PMS. A elaboração do plano pode ocorrer das mais variadas formas nos diversos contextos locais, respeitando-se a legislação vigente. No MAPLAS (BAHIA, 2001, p. 10) consta que “[...] cabe ao Secretário Municipal de Saúde, juntamente com seus assessores diretos, definir a composição da equipe técnica responsável pela elaboração do plano bem como as formas de participação do Conselho Municipal de Saúde [...]”. Essas proposições, em tempo hábil, conforme os prazos estabelecidos por lei, seriam traduzidas para o orçamento em forma de projetos/atividades. A execução se daria durante todo o exercício financeiro (1 de janeiro a 31 de dezembro do mesmo ano) que, no final, seria avaliada no Relatório Anual de Gestão quanto ao cumprimento das metas financeiras e sanitárias. Ao final do relatório anual deve-se definir a necessidade de mudança de rumo do PMS. A necessidade de atualização do PMS levaria à mudanças no orçamento, e assim por diante, completando o ciclo da gestão financeira.

Procurando compreender o processo de gestão financeira do município de SAJ em 2005, analisaram-se os documentos chaves do ciclo de gestão financeira partindo-se da execução dos créditos orçamentários e suas respectivas dotações, comparando-se com o planejado no PMS 2002/2005 e executado conforme consta no Relatório de Gestão 2005. Os

dados desses documentos, por sua vez, foram comparados com os resultados das tabelas da metodologia NHA já descritas em 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 e 4.1.4 , conforme se pode ver nos Quadro 13 ao 21.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Aquisição de Unid. Móvel	180.000/ 83.590 (46,4%)	Não previsto	ausente	83.590,00 Tabela operacional da tabela- matriz 2

**Quadro 13** - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005, e produtos e subprodutos da tabela-matriz 2 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Através do Quadro 13 pode-se inferir apenas que houve um pagamento, pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS), de uma ou mais unidades móveis. Mais detalhes foram obtidos através dos documentos que alimentaram a tabela-matriz 2. Na nota descritiva de empenho assim estava relatado: “para aquisição de um veículo PEUGEOT; modelo boxer furgão curto ano e modelo 2005; tipo ambulância (UTI-móvel) [...]”; data de empenho 30/9/2005; data de pagamento 14/11/2005; conta 14.728-1; e nome da conta como: “convênio unidade móvel I”.

Houve a previsão desse convênio na LOA 2005, mas não no PMS. Possivelmente trata-se de algum convênio que surgiu por necessidade, ou por oportunidade, após a elaboração do PMS em 2002. Aqui se sente falta da Agenda de Saúde que tem por finalidade atualizar (prioriza, justifica e detalha) anualmente o PMS<sup>61</sup>. Mesmo não estando no PMS, a ausência no relatório de gestão não se justifica, visto que todo o processo de empenho, liquidação e pagamento foi registrado no FMS.

<sup>61</sup> LIMA (2005), estudando os limites e possibilidades das Agendas de Saúde e a institucionalização do processo de planejamento na gestão do município de Goiânia, definiu o momento da elaboração das Agendas como “uma síntese estratégico-operacional para enfrentamento do conjunto de problemas prioritários que entram em pauta na discussão política travada pelos atores sociais da saúde em seus espaços de representação e mediação legalmente constituídos (Conferências e Conselhos) ou não (redes de discussões, comissões temáticas, dentre outros)” (p.40). A autora observou que a transformação das Agendas, de elemento “detonador” das políticas nacionais, regionais, estaduais e locais em instrumento fundamentalmente normativo provocou um esvaziamento da sua função e sentido, de tal forma, que gerou embaraços e o não cumprimento com a determinação federal, configurando-se a persistência no âmbito institucional da utilização de um planejamento burocrático e normativo. Essa normatividade, muito peculiar ao contexto da gestão nacional do SUS na conjuntura do período estudado, teve o mérito de “fazer avançar áreas de atuação do SUS, relacionadas ao próprio processo de descentralização, e de paralisar outras, em especial, as que deveriam garantir uma maior participação social no SUS”. Em função desses achados, a autora sugeriu a realização de “estudos relativos ao comportamento de outros municípios brasileiros, de vários portes, no trato com os instrumentos de gestão, na elaboração de suas políticas de saúde, quanto ao perfil dos gestores, experiências administrativas, equipe de apoio, ‘jogo político de interesses’ e agenda política” (p. 67).

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Construção de Hosp. Regional	4.000.000/ 4.869.399(121,7%)	Não previsto	ausente	6.004.616/Tab. 1 5.665.411 / Tab. 2 e 4.

**Quadro 14 -** Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos das tabelas 1, 2 e 4 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Este projeto não foi previsto no PMS e nem avaliado no Relatório de Gestão, cabendo aqui os mesmos comentários referentes ao quadro 14. Mas, não houve coincidência do valor apresentado na execução orçamentária e os valores detectados nas Tabelas 1, 2 e 4. Possivelmente, em relação à Tabela 1, o valor encontrado esteja muito acima do valor executado, por motivo de estarem agregados recurso de outros convênios que deram entrada (então é computado como receita realizada). Mas, em verdade, não foram efetivadas as compras e/ou pagamentos em tempo hábil até o fim do exercício financeiro, como os convênios nº. 5123(R\$ 80.000) e 4591(R\$100.000) que deram entrada no FMS em 14/12/2005 e 1/12/2005 respectivamente <sup>62</sup>. No caso dessa tabela que foi alimentada também com os dados do SIOPS, é possível que se tenha computado convênio que deu entrada do dia 1/1/2006 a 10/1/2006, pois este sistema de informação assim permite. A diferença para menos, do executado, para o valor das Tabela 2 e 4 é porque essas tabelas foram preenchidas com “restos a pagar” de 2004, efetivamente pagos no exercício de 2005, sendo que o valor executado não computa “restos a pagar” ou outras despesas extra-orçamentárias.

Em resumo dos Quadros 13 e 14, cada instância de registro e prestação de contas (SIOPS, Tribunal de Contas dos Municípios e o próprio sistema de registro contábil local) adotou uma definição diferente para os itens de receitas e despesas, de tal forma que os resultados de execução das receitas e despesas obtidas das tabelas da metodologia NHA não coincidem porque se utilizam dados dessas três instâncias de registro e contabilização financeira.

<sup>62</sup> Dados obtidos no site do DATASUS <www.datasus.gov.br> consulta de pagamentos/convênios.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Gestão de assistência à saúde plena	8.360.000/ 5.294.535(63,3%)	Não previsto meta financeira. Meta qualitativa de habilitar o município na gestão plena até o ano 2003	O município foi habilitado em novembro de 2004. “(...) recebeu um teto financeiro em 2005 de R\$ 6.246.493,92(…)”	6.788.492/ Tab. 1 5.400.323/Tab. 2 4.012.088/Tab. 3

**Quadro 15 - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.**

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos das tabelas-matriz 1, 2 e 3 de Santo Antonio de Jesus, 2005.

Conforme o Quadro 15, na LOA 2005 foi previsto a atividade “Gestão de assistência à saúde plena”, mas no PMS não houve planejamento de ações e metas a cumprir, certamente por se tratar ainda de uma condição que dependia de atingir certos critérios para habilitar o município. Tanto que foi previsto atingir a gestão plena até 2003, mas só foi habilitado em novembro de 2004.

O Relatório de Gestão 2005 declara que o teto financeiro foi de R\$ 6.246.493,92, o que foi confirmado pela Tabela 1 da metodologia NHA (R\$ 6.788.492), a pequena diferença deve ser devido a Tabela 1 conter dados do SIOPS que considera entradas até 10 de janeiro do exercício seguinte. A LOA 2005 superestimou a fixação das despesas, certamente por erro de cálculo ou por desconhecer o valor desse teto financeiro do município pré-fixado na habilitação do município.

Considerando a entrada de recursos pelo relatado em qualquer uma das situações anteriores, parece ter havido uma baixa execução das despesas, pois o documento da contabilidade local registrou apenas R\$ 5.294.535 (despesas executadas) e a Tabela 2 da NHA R\$ 5.400.323(pagamento/despesas com provedores de serviços) alimentada também com os mesmos dados do sistema local. A pequena diferença entre esses valores pode ser devido à inclusão na tabela NHA de recursos de média complexidade, não considerados assim pelo sistema contábil.

Nenhuma análise ou justificativa sobre a baixa execução das despesas dos recursos da gestão plena ou recursos da média complexidade foi encontrado no Relatório de Gestão 2005. Encontrou-se referência a esse assunto no Relatório de Auditoria/SESAB realizado em março de 2006 referente ao ano de 2005: “[...] produção de serviços ambulatoriais de média complexidade ambulatorial abaixo do quantitativo e dos valores programados na PPI [...]” (Doc. 7).

Outro documento anexo ao processo deste relatório apresenta a justificativa:

A dificuldade de credenciar e manter o credenciamento dos serviços especializados com valores da tabela SUS vem sendo um fator dificultador para a garantia integral do atendimento de média complexidade, uma vez que a rede própria municipal só possui unidades básicas de saúde que executam ações e serviços de atenção básica. [...] procedimentos de traumatologia-ortopedia – em julho de 2005 um prestador pediu credenciamento e o outro prestador necessitou de um tempo para se adequar à nova demanda [...] procedimentos em radiodiagnóstico – quando recebemos a gestão, o RX não estava em conformidade [...] foi realizada reforma e reativado em junho. [...] procedimentos de anatomopatologia e citopatologia – o único prestador do município teve dificuldades em providenciar todas as documentações para inclusão no SIA/SIH [...] procedimentos em exames ultra – sonográficos – o município não tinha capacidade instalada para ofertar a quantidade de exames necessários motivo pelo qual no último semestre de 2005 foi adquirido um aparelho [...] (Doc. 8)

Nota-se, ainda, no Quadro 15, que os valores referentes à média complexidade (constantes na atividade da LOA 2005 com o nome “Gestão da assistência à saúde plena”) apresentam-se nas três tabelas NHA com valores decrescentes, reafirmando o que já foi observado em 4.1.3, dando a impressão que o dinheiro foi desaparecendo ao seguir o caminho da fonte para o agente intermediário e deste para se transformar em atividades de saúde de média complexidade.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Gestão de assistência à saúde básica	2.296.200/ 1.321.777(57,56%)	Não prevista	Ausente	2.063.264/Tab 2 <sup>63</sup> 534.589/Tab 3

**Quadro 16** - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005, e produtos das tabelas-matriz 2 e 3 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

No quadro 16 aparece uma baixa execução das despesas referentes a atividade da LOA 2005 “Gestão da assistência à saúde básica”, contudo não se sabe quais ações foram consideradas pelo sistema contábil como integrante dessa atividade, já que existem outras atividades com o nome “Gestão das ações dos PACS” e “PSF-Programa de Saúde da Família”, “Vigilância Epidemiológica”, “Vigilância Sanitária”. Uma vez que não estão inclusas essas atividades, então surge a pergunta: o que o sistema contábil considerou como

<sup>63</sup> Aqui foram considerados os dados da tabela-matriz 2 referentes à categoria “UBS sem Equipes de Saúde da Família” e “UBS sem equipes (postos de saúde) e unidade móvel”.

“assistência à saúde básica”? O que norteou essa classificação? No capítulo 5, procura-se discutir essas questões.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Gestão de assistência à saúde com recursos próprios	1.650.000/ 2.899.689(175,7 %)	Não prevista	R\$ 4.083.204 (R\$ 1686.773 com pessoal, R\$ 1.828.239 com outros custeios e 568.192 com despesas de capital) Avalia que o financiamento dos programas induzidos pelo governo federal é insuficiente e que o município coloca contrapartida em todos para viabilizar os programas e projetos.	4.024.002/Tab. 1

**Quadro 17** - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos da tabela 1 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

No Quadro 17 está representado um projeto/atividade da LOA 2005 “Gestão de assistência à saúde com recursos próprios” que excedeu a previsão em 75%, não foi previsto no PMS e não coincidiu o valor executado com o que foi declarado no Relatório Gestão e encontrado na Tabela 1 da metodologia do NHA. A explicação parece está relacionada com a avaliação do Relatório de Gestão: o sistema contábil deve ter considerado como esse item aquela atividade que foi financiada exclusivamente com recursos próprio. O investimento dos recursos próprios nas contrapartidas foram, ao que tudo indica, computadas nos outros projetos da LOA. Sendo assim, deduz-se que, no mínimo, 28,9% (R\$ 1.124.313) dos recursos próprios do município foram aplicados para efetivar as contrapartidas do financiamento federal e estadual, pois parecem ter sido computados nos outros projetos da LOA. No entanto, **não** se pode afirmar que o executado exclusivamente com recursos próprios, não tenha relação com os outros projetos/atividades porque estão relatados no Relatório de Gestão 2005 (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006. Sem paginação, anexo 7) como “R\$ 1686.773/ Pessoal, R\$ 1.828.239 /Outros custeios, R\$ 568.192/ Despesas de capital”. As despesas de capital<sup>64</sup>, e com pessoal tudo indica terem sido para dar suporte às oito unidades do PSF implantadas em 2005 e implantação da Gestão Plena do Sistema cuja habilitação ocorreu no

<sup>64</sup> Compra de automóveis, compra de imóveis e equipamentos, entre outros.

final do ano anterior. Não houve relato de nenhuma ação ou atividade da SMS que não fosse relacionada às políticas induzidas pelo financiamento do governo federal ou estadual.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Gestão das ações dos PACS	700.000/ 681.739(97,4%)	Não prevista	A folha do PACS foi de R\$ 798.788 que representou "(...) 37,35% acima do valor recebido para o programa. Além dos gastos da folha, o PACS consome fardamento, capacitação, aluguel de imóvel, bicicleta, passagem, alimentação (...)	627.160/ Tab. 1

**Quadro 18** - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos da tabela 1 de Santo Antonio de Jesus, 2005.

No quadro 18, está representado o projeto/atividade da LOA 2005 “Gestão das ações do PACS” que foi prevista na LOA 2005, mas não no PMS e executado em quase 100%. O Relatório de Gestão avaliou a atividade, mas relata um valor diferente das outras duas fontes de dados, embora relate um gasto com folha de R\$ 798.788, a diferença deve ter sido executada em outro exercício.

Em resumo dos quadros 15, 16, 17, e 18; pode-se inferir que são projetos/atividade da LOA 2005 que não tiveram correspondência com as metas e prioridades do PMS. A terminologia utilizada não correspondeu à mesma dos programas executados (por exemplo: “Gestão da assistência à saúde plena”, seria “Assistência de média complexidade”) ou se superpuseram a um outro programa (por exemplo: “Gestão de assistência à saúde básica” englobaria a “Gestão das ações do PACS” e o “PSF – Programa de saúde da Família) causando dificuldade de análise da execução financeira. Mas, um dado positivo foi a separação de um projeto/atividade em “Gestão de assistência à saúde com recursos próprios”, porque através dessa execução foi possível identificar o porcentual de recurso próprio usado para dar a contrapartida municipal, que de outra forma não seria visível.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
PSF-Programa de Saúde da Família	1.500.000/ 2.021.312 (134,8%)	Não previsto metas financeiras. Cobrir 90% das comunidades de baixo poder aquisitivo até 2003	Recebeu R\$ 589.551 do governo federal, gastou R\$ 1.333.796 com a folha de pessoal. Uma equipe gasta R\$ 20.000/mês e os incentivos do gov federal e estadual, não ultrapassam R\$ 6.000.	544.252/Tab. 1 3.322.077/Tab. 2 337.926/Tab. 4

**Quadro 19 - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.**

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos das tabelas 1, 2 e 4 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

No Quadro 19, está representada a atividade da LOA 2005 “PSF – Programa de Saúde da Família” que foi prevista na LOA 2005 cuja execução excedeu em 34, 8%. Porém, a Tabela 2 da metodologia NHA registrou valor maior que o executado (R\$ 3.322.077). Essa diferença pode ter sido à custa das despesas administrativas (água, energia, combustível e manutenção dos carros) que foram repartidas entre os provedores públicos que consumiam esses serviços componentes da Tabela 2 da metodologia NHA. Sendo possível que o sistema contábil tenha considerado essas despesas em outro projeto/atividade.

Parece ter havido um grande esforço no ultimo ano de vigência do PMS 2002-2005 para ampliar a cobertura do PSF, o que foi previsto acontecer em dois anos (até 2003), aconteceu em 2005, como pontua essa consideração:

A ampliação do acesso a Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família significou estratégia para implantar a mudança do modelo de atenção. Antes centralizado no atendimento hospitalar, curativo, fragmentado e de baixa resolutividade; agora substituído aos poucos por núcleos de promoção a saúde, sem esquecer a assistência (SANTO ANTÔNIO DE ESUS, 2006, p. 60).

Refazendo os cálculos do gasto médio de uma unidade do PSF, encontrou-se R\$ 17.302/unidade/mês, sendo o custeio pelo governo federal de R\$ 2.834/unidade/mês. Esse é um cálculo bastante preciso porque a Tabela 2 da metodologia NHA considera todas as despesas pagas no ano e estima por rateio apenas uma parte das despesas. Observa-se que difere do descrito no Relatório de Gestão 2005 no Quadro 19 (R\$ 20.000,0/unidade/mês) possivelmente estimado por outra metodologia menos precisa. Chama à atenção a defasagem entre as três tabelas da metodologia NHA:

1. a diferença entre a Tabela 1, que registra a fonte de financiamento para o PSF oriunda do governo federal e estadual<sup>65</sup> (R\$ 544.252), e a tabela 2, que registra a saída para as unidades de saúde da família (R\$ 3.322.077), indica o montante de outros recursos que foram acrescidos ao programa (R\$ 2.777.825) para o desenvolvimento das atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>66</sup>;
2. a diferença entre a Tabela 2 referida anteriormente e a Tabela 4, que registra as atividades de saúde realizadas pelas unidades de saúde da família (R\$ 337.926), indica o montante do “desaparecimento” do dinheiro ao se transformar em atividade de saúde (R\$ 2.984.151). No capítulo 5 haverá a oportunidade de discussão sobre essa situação.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Gestão das ações de Vigilância Epidemiológica	290.000/ 285.939,97 (89,6%)	Não previsto metas financeiras. “Implementar as ações de Vigilância a saúde (...) Esquistossomose: reduzir em 80% a incidência (...) Tuberculose: reduzir em 70% os casos de tuberculose (...) Leishmaniose: reduzir em 80% a incidência (...) (p.41-42)	Refere receita de R\$ 235.098 (R\$ 20.000 a menos que 2004). Justifica a não implantação do programa de combate a esquistossomose, leishmaniose e chagas devido ao elevado gasto com o controle da dengue. Refere 44 casos novos de tuberculose, mas não avalia o cumprimento da meta do PMS.	202.025/Tab. 1 477.940/Tab. 2 9.138/Tab. 3 9.138/Tab. 4

**Quadro 20 - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.**

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005, e produtos das tabelas-matriz 1, 2, 3 e 4 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

No Quadro 20 está demonstrada a atividade da LOA 2005 “Gestão das ações de Vigilância Epidemiológica”, cuja execução registrada pelo sistema contábil local ficou em torno de R\$ 285.939,97 (89,6%), contudo a Tabela 2 da metodologia NHA mostra um valor muito acima: R\$ 477.940. Isso se deve, semelhante ao que ocorreu com a atividade “PSF –

<sup>65</sup> Nessa tabela aparecem com o nome de PSF somente os recursos vinculados do governo estadual e federal. Os recursos das fontes municipais não são vinculados a nenhum programa, por isso as fontes são os impostos e tributos e as transferências constitucionais.

<sup>66</sup> Estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para o seu custeio (BRASIL, 2005).

Programa de Saúde da Família”, à repartição das despesas administrativas (água, energia, combustível, manutenção dos carros entre outras) entre os provedores públicos que consumiam estes serviços. Da mesma forma, a diferença entre a Tabela 1 e Tabela 2 da metodologia NHA (R\$ 275.915) representa o montante de outros recursos que foram acrescidos ao recurso vinculado da vigilância epidemiológica para propiciar o desenvolvimento das ações específicas dessa área de atuação da saúde. Também houve, aqui, o “desaparecimento” do dinheiro ao se transformar em atividades de saúde no valor correspondente de R\$ 468.802.

Projeto/atividade da LOA 2005	Orçado LOA em 1,0R\$/ Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0R\$)
Gestão das ações da Vigilância Sanitária	85.000/ 105.913(124,6%)	Não previsto meta financeira. Descreve atividades, sem quantificar as metas.	Refere receita de R\$ 30.812 e despesa com folha de pessoal de R\$ 51.065, sem nenhuma análise. Relaciona as metas cumpridas e não cumpridas sem apresentar justificativas pelo não cumprimento.	37.130/Tab. 1 182.228/ Tab. 2 8.626/Tab. 3 8.626/Tab 4

**Quadro 21** - Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos das tabelas-matriz 1, 2, 3 e 4 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

No Quadro 21, está demonstrada a atividade da LOA 2005 “Gestão das ações da Vigilância Sanitária”, cuja execução orçamentária excedeu em torno de 24% do que foi previsto inicialmente na LOA 2005. Aqui também se repetiu o que foi observado no quadro 9 e 10 quanto ao rateio dos gastos administrativos na tabela 2 da metodologia NHA e quanto ao “desaparecimento” do dinheiro ao transformar-se em atividades de saúde nas Tabelas 3 e 4 da metodologia NHA. O valor recebido da fonte de financiamento, encontrado na Tabela 1, foi de R\$ 37.130. A diferença entre as Tabelas 2 e 1 (R\$ 145.098) foi o montante de outros recursos utilizados para desenvolver as atividades de saúde referentes à Vigilância Sanitária.

Em resumo do quadro 19, 20 e 21; os projetos/atividades da LOA 2005 corresponderam realmente a programas operacionais da saúde, o que facilitou a identificação dos recursos em pelo menos três tabelas da metodologia NHA. A comparação de pelo menos

três tabelas auxiliou na visualização do fluxo de recursos e quanto o município investiu naquele determinado programa.

No Relatório de Auditoria de Gestão (Doc. 9), realizado de outubro a dezembro de 2005, pela equipe de auditoria da SMS (em ação de auditoria interna) e no Relatório de Gestão 2005 (Doc. 5) estão elencadas várias atividades que deixaram de ser feitas: implantação dos processos de trabalho nos PSF; aquisição de insumos e instrumental de odontologia para três unidades de saúde; capacitação de funcionários de vários setores; realização de glicemia capilar na maioria das unidades básicas de saúde; descentralização das ações de tuberculose e hanseníase; aquisição suficiente de métodos de planejamento familiar; aquisição de veículos para supervisão e vigilância sanitária; implantação do programa do idoso; implantação de ações para o controle de esquistossomose, doença de chagas e DST; implantação da vigilância ambiental e saúde do trabalhador; estruturação do setor de controle de zoonoses, especialmente leishimaniose; e aquisição de novos itens do elenco da farmácia básica. As ações grifadas acima estavam previstas no PMS 2002-2005 como prioridades.

Diante das evidências de restrição do financiamento apresentadas nos resultados anteriores, propõe-se que as ações **não** desenvolvidas possam ser agrupadas em três situações: a ação/atividade tem financiamento vinculado, mas o dinheiro foi insuficiente; a ação não tem financiamento específico e/ou o município não preenche os critérios para pleitear o financiamento; e tem financiamento, mas ainda não começou a receber o recurso porque espera habilitação. Outras situações seriam possíveis, mas fogem ao alcance desse trabalho<sup>67</sup>. No quadro 22 está representado o possível agrupamento proposto

---

<sup>67</sup> Outras situações como improbidade administrativa necessitaria de verificações de mais documentos da contabilidade como: notas fiscais, notas de empenho, processos licitatórios, contratos, entre outros da área da auditoria contábil.

Financiamento insuficiente	Não tem financiamento	Em processo de habilitação
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ implantação dos processos de trabalho nos PSF(PAB fixo e variável);</li> <li>✓ aquisição de insumos e instrumental de odontologia para três unidades de saúde(PAB variável);</li> <li>✓ <u>*descentralização das ações de tuberculose e hanseníase (TEFCED, PAB fixo);</u></li> <li>✓ aquisição de veículos para vigilância sanitária (Incentivo TAM e VISA Básica, PAB fixo);</li> <li>✓ <u>*implantação de ações para o controle de esquistossomose, doença de chagas(TEFCED);</u></li> <li>✓ <u>*aquisição de novos itens do elenco da farmácia básica (Incentivo Farmácia Básica, PAB fixo).</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>*capacitação de funcionários de vários setores;</u></li> <li>✓ realização de glicemia capilar na maioria das unidades básicas de saúde;</li> <li>✓ aquisição suficiente de métodos de planejamento familiar;</li> <li>✓ aquisição de veículos para supervisão;</li> <li>✓ implantação do programa do idoso;</li> <li>✓ estruturação do setor de controle de zoonoses, <u>*especialmente leishmaniose;</u></li> <li>✓ implantação da vigilância ambiental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Saúde do trabalhador;</li> <li>✓ <u>*DST;</u></li> </ul>

**Quadro 22** - Ações/atividades de saúde não realizadas em Santo Antônio de Jesus no ano de 2005.

Fonte: Elaboração própria com dados do Relatório de gestão 2005 e Relatório de Auditoria Interna de Gestão.

\*As atividades grifadas estavam prioritizadas no PMS.

O relatório de Gestão 2005 descreve outras atividades e ações realizadas: ampliação e reforma da rede física; melhoria dos sistemas de informação; programa de Saúde da Família; saúde mental; saúde bucal; saúde da mulher; saúde do idoso; vigilância nutricional; vigilância epidemiológica; imunização; endemias e controle de doenças; vigilância sanitária; assistência farmacêutica; regulação, controle, avaliação e auditoria; qualificação de recursos humanos; e controle social. Cada tópico acima continha sub-tópicos e detalhes da execução das atividades.

Os projetos/atividades da LOA 2005 coincidiram exatamente com os do Demonstrativo de Despesas do sistema contábil do Fundo Municipal da Saúde. Em todas as prioridades do PMS chama à atenção a omissão das metas financeiras, houve desarticulação dos projetos/atividades da LOA com as prioridades do PMS. O Relatório de Gestão 2005 fez uma descrição detalhada de todas as atividades e ações para cada programa, mas realizou uma análise incipiente.

## 5 DISCUSSÃO

De acordo com o SIOPS, a receita total informada do município de Santo Antonio de Jesus foi de R\$ 52.050.960,00, o que equivale a uma Receita Total de R\$ 608,5 *per capita* para a população estimada de 85.653 habitantes, segundo o IBGE 2005. Lima (2007) encontrou para os municípios brasileiros, que informaram ao SIOPS no ano de 2002, receitas totais *per capita* que variaram de R\$ 182,53, no Maranhão, a R\$ 6.634,47, em São Paulo, com uma média de receita de R\$ 777,50 *per capita*. “Os dados indicam que, no mínimo, 50% dos municípios brasileiros localizados entre o primeiro e terceiro quartil (percentil 25 e 75 da base) possuem receitas totais que variam de R\$505,90 a 911,30 *per capita*” (LIMA, 2007, p. 213). Com base nesses cálculos, pode-se supor que SAJ possui uma receita *per capita*, abaixo da média da renda *per capita* nacional, situando-se próximo do percentil 25. Falta-lhe receita agropecuária, receita industrial e receita de serviços.

Além de uma receita total *per capita* abaixo da média nacional, o Gráfico 4 do item 4.1.1, demarca dois pontos importantes do perfil municipal: a grande dependência de SAJ das transferências de recursos, sejam elas legais, fundo a fundo ou outras; e o peso das transferências do SUS para a composição das receitas totais do município (17%) é maior que a sua arrecadação própria. Mas esta característica não é exclusiva de SAJ, esses achados se aproximam do relato de Samuels (2000) que identificou 75% dos municípios brasileiros com arrecadação de impostos equivalente a menos de 10% de sua receita total e 90% dos municípios, com população menor de 10.000 habitantes, dependendo quase que em 100% das transferências de Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS). Bremaeker (1994) mostrou que 200 municípios do Nordeste não têm capacidade de arrecadar recursos próprios devido à inexistência de atividade econômica significativa e do tamanho de sua população pobre. Mais recentemente, em 2002, Lima (2007) encontrou as receitas de arrecadação própria representando apenas cerca de 7% da receita corrente *per capita* total para o universo dos municípios brasileiros que declararam ao SIOPS. Essa situação encontrada no município em 2005, embora não surpreenda, diante das colocações dos autores citados, convergem para questões sobre a capacidade arrecadatória do município.

Algo peculiar foi encontrado no perfil do município referente ao percentual de recursos próprios que não foram repartidos com a saúde (38%), referente a “Outras receitas de impostos, Remuneração de dep. Bancários, multas e juros”. Não há relato, na literatura, nessa proporção, de outro tipo de imposto arrecadado pelos municípios, nem os dados primários

disponíveis no SIOPS esclareceram a origem desses 38%. Levanta-se a hipótese da existência de algum possível imposto, mais específico, não vinculado à saúde ou reflexo de uma melhoria no sistema de controle e cobrança de taxas, impostos, juros e multas. Pesquisas mais específicas seriam necessárias para um melhor aprofundamento nessa área.

Ficaram bem demarcadas três características do perfil municipal: receita *per capita* relativamente pequena, baixa capacidade arrecadatória e ainda, uma parte significativa do pouco que arrecadou não foi repartido com o setor saúde. Parece haver uma somatória de fatores contribuindo para um desfinanciamento da saúde em Santo Antônio de Jesus.

No capítulo de 4, descreveu-se o perfil das fontes de financiamento e dos agentes intermediários da saúde do município de Santo Antônio de Jesus, com detalhes no que se refere aos recursos originados na esfera federal e municipal e, com alguma restrição, em relação aos recursos estaduais, como já foi referido anteriormente. As características dos provedores e das atividades foram detalhadas amiúde devido à potencialização da metodologia das tabelas NHA com a grande desagregação dos dados fornecidos pelo município. O uso da metodologia e fontes de evidência de razoável acurácia<sup>68</sup> e o grande detalhamento favoreceu a uma descrição da alocação dos recursos financeiros do SUS municipal, até então não relatado em literatura nacional. Nos próximos subitens, far-se-á uma comparação dos resultados empíricos das tabelas com outros estudos e com a base teórica conhecida.

### **5.1 O que diz o fluxo das contas municipais de saúde sobre o financiamento do sistema municipal de serviços de saúde.**

O fluxo das contas municipais nada mais é do que o caminho percorrido pelo dinheiro (de onde ele vem/para onde ele vai). Esse trabalho pode contribuir para o conhecimento de quanto foram e de onde vieram os recursos para gerir os serviços de saúde localizados no município de Santo Antônio de Jesus; quem recebeu e quem alocou esses recursos financeiros; onde e quantos recursos foram alocados; e para o que foram alocados. A descrição do fluxo iluminou um pouco a “caixa preta” do financiamento das ações de saúde no âmbito municipal. Com base nos resultados apurados nas tabelas da metodologia NHA

---

<sup>68</sup> Ressalvadas as condições já expressas no capítulo da metodologia.

procurou-se responder a quatro questões que são as principais delimitadoras do fluxo das contas de saúde:

### **Quanto e de onde vieram os recursos da saúde de Santo Antônio de Jesus em 2005?**

Os resultados apresentados no item 4.1.1 revelaram recursos que entram no município<sup>69</sup> no valor total de R\$ 23.595.470 , sendo o governo federal o maior financiador deste recurso com 82%, o estado com uma participação quase nula e o município com 17%. A participação de cada ente federado em Santo Antônio de Jesus foi marcado por características que refletem os dilemas atuais do federalismo, relações fiscais e financiamentos do SUS, discutido por Lima (2007) em trabalho que abrangeu o universo dos municípios brasileiros informadores dos dados do SIOPS no ano de 2002. As características locais encontradas foram:

1. Embora a participação da União seja expressiva, os recursos apresentam-se vinculados<sup>70</sup> por portarias ministeriais a ações específicas, limitando a autonomia da gestão local de saúde. Ou os municípios respondem as políticas verticalmente induzidas por este financiamento, ou optam pelo autofinanciamento de outras políticas.
2. O Estado da Bahia contribuiu muito pouco com o financiamento do SUS de Santo Antônio de Jesus. Quando participou do financiamento apresentou duas facetas: a primeira, resistência à municipalização dos serviços de alta complexidade, demarcado pelo relato do relatório de gestão 2005 citado no item 4.1.1, após o gráfico 10; a segunda, tendência a centralizar os recursos, demarcado pela pouca participação no co-financiamento das ações e serviços como comprova os gráficos 6, 7 e 8.
3. O próprio município arrecadou pouco em relação a sua população e em relação a sua liderança regional como município pólo de microrregião assistencial de saúde, como foi discutido no item anterior. Nessa configuração, a gestão descentralizada dos recursos financeiros do SUS, não é garantia de autonomia municipal para a condução de políticas de saúde nem de qualquer outra área. Há um aspecto mais de desconcentração da gestão financeira do que propriamente uma descentralização do sistema de serviços de saúde.

---

<sup>69</sup> Resalta-se que o escopo deste trabalho não abrange os recursos privados alocados na própria rede privada.

<sup>70</sup> São recursos destinados a fins específicos na área de saúde, transferidos fundo-a fundo mediante portarias ministeriais ou convênios firmados entre os entes federados. Esses recursos não podem ser utilizados para outros fins ou fins correlatos, sob pena de ser considerado improbidade administrativa.

### **Quem recebeu o recurso e quem alocou esses recursos financeiros no espaço intramunicipal de Santo Antônio de Jesus em 2005?**

A metodologia NHA utiliza o termo agente de financiamento (*financing agents*) ao invés de *sources of funding* utilizada pelo SHA para enfatizar a capacidade dessas entidades como agregadoras e distribuidoras de dinheiro para os sistemas de serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Os critérios de classificação dos agentes de financiamento não incluem questões como autonomia e a capacidade de alocação dos recursos com eficiência e equidade, contudo a metodologia NHA é importante instrumento que pode e deve ser utilizada pelos interessados nas reformas de saúde em todos os níveis de atuação, pois fazem aparecer indícios da capacidade gestora desses entes que movimentam e destinam os recursos para usos específicos.

Um agente intermediário do setor público deve ser analisado quanto a sua capacidade de implantar as políticas públicas para resolver os problemas do estado de saúde de sua população e também dos problemas dos serviços de saúde que interferem na execução dessas políticas. Envolvendo o financiamento e baseando-se no triângulo de governo de Matus (1993), poderíamos dizer que ele (o agente) deveria ser analisado pela capacidade de alocar os recursos disponíveis conforme as prioridades que julgasse serem capazes de implementar as suas proposições políticas.

Os resultados mostraram (Gráfico 10) que o maior agente intermediário de financiamento foi a SMS (ou governo municipal), pois agregou e movimentou 85% dos recursos financeiros da saúde no ano 2005. Entretanto a maior parte desses recursos agenciados pela SMS foi vinculada às políticas induzidas pelo governo federal e estadual. E, ao que tudo indica, a parte não vinculada (recursos do tesouro municipal) foi toda ou quase toda utilizada também para fazer funcionar os programas e projetos financiados (induzidos) pelos outros entes federados (quadro 18). Dessa forma, questiona-se a forma de descentralização dos recursos financeiros que ocorreu em Santo Antônio de Jesus no ano 2005. A ampliação do PSF e da atenção básica e a organização da média e complexidade ocorridas por conta da indução financeira do governo federal serão o suficiente para resolver os problemas de saúde do município? Muito do que **não** foi realizado no ano do estudo estava eleito no PMS como prioridade. E o que ficou sem fazer (elencado em 4.2.2), como será financiado? Qual a verdadeira autonomia do município e seus atores políticos (gestores, conselhos de saúde, cidadãos e usuários) em escolher quais ações serão desenvolvidas em um ou vários anos de gestão? Considerando o perfil do financiamento estudado até o momento

em Santo Antônio de Jesus e pelo grau de liberdade do ente federado “município” decidir sobre as suas próprias proposições políticas, podemos supor respostas desanimadoras para essas três indagações elencadas acima.

### **Onde e quantos recursos financeiros foram alocados?**

Os recursos financeiros foram alocados em quatro grandes categorias de provedores de serviços de saúde: hospitais, serviços ambulatoriais, administração de saúde e seguro saúde<sup>71</sup>, e outros prestadores de serviços de saúde. Estes foram subdivididos até a menor entidade provedora de serviços de saúde existente no município no ano 2005.

O resultado do Gráfico 11 demonstrou um perfil peculiar do município campo do estudo: foi alocado mais recurso nos provedores ambulatoriais do que nos hospitais, no ano 2005. É possível que os gastos ambulatoriais estejam altos por um deslocamento das atividades de média e alta complexidade, antes realizadas em hospital, para o âmbito ambulatorial. E/ou por conta do perfil de serviços do município, mais centrado na atenção básica. Os critérios de alocação de recursos para união, estados e municípios devem estar explícitos nos Planos de Saúde e legalmente registrados na LOA. Que são instrumentos de gestão através dos quais os entes federados expressam as suas prioridades. Para Couttolentec e Zucchi (2008), o padrão de alocação de recursos pode revelar outra ordem de prioridades diferente daquelas expressas no documentos formais das autoridades políticas ou sanitárias. Parece que isso se confirmou em SAJ no ano do estudo. Avaliando-se apenas pela execução orçamentária (Quadro 13) não estaria tão demarcado a priorização do PSF e dos serviços ambulatoriais, como ficou visualizado na tabela 2 da metodologia NHA.

A alocação dos recursos financeiros registrada nos Gráficos 11, 13 e 14 fortalece o discurso municipal, explicitado no relatório de gestão, afirmador de que

a ampliação do acesso a Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família significou estratégia para implantar a mudança do modelo de atenção. Antes centralizado no atendimento hospitalar, curativo, fragmentado e de baixa resolutividade; agora substituído aos poucos por núcleos de promoção a saúde, sem esquecer a assistência (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2006, p. 60).

Outra visualização muito importante foi o subfinanciamento do PSF, induzida pelo governo federal, quando se comparou o cálculo do gasto médio de uma unidade do PSF (R\$

---

<sup>71</sup> A categoria foi mantida como recomendado pelo NHA; porém no município, não existiu provedores da administração de seguros de saúde intermediados pelo município. Os provedores dessa subcategoria foram restritos ao setor privado cujos dados não foram acessíveis para esta pesquisa.

17.302/unidade/mês) com o custeio pelo governo federal (R\$ 2.834/unidade/mês). Como estratégia, o financiamento do PSF há que ser repensado sob a ótica do município e do governo federal: sob a ótica do município, precisa-se avaliar, através de estudos de custo/efetividade, se não há alternativa com menor gasto e semelhante custo/efetividade; e sob a ótica do governo federal, há de se averiguar se realmente o PSF é estratégia de mudança do modelo de atenção, e por isso merecedor de alocação de recursos também prioritária, ou se o PSF é mais um programa verticalizado e subfinanciado.

A possibilidade de cálculo do gasto por unidade de PSF *per capita* (tabela 6 e 7) é um ganho para o planejamento local muito grande. Starfield (2002) afirma que a alocação eficiente de recursos depende da qualidade das informações sobre a existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde e propõe três alternativas para lidar com a decisão sobre a alocação dos recursos: a histórica, a sociodemográfica e a categorização por diagnóstico. Todas as alternativas apresentam graus variados de facilidade/dificuldade na aplicação prática, mas com experiências já relatadas nas três abordagens. Paim (2003) defende o uso da epidemiologia na recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Concordamos com esse autor ao vislumbrar possíveis usos dos indicadores de gasto por unidade *per capita* associado ao perfil epidemiológico de cada unidade do PSF. Uma vez conhecido os gastos *per capita* e o perfil epidemiológico das unidades de saúde, esforços podem ser feitos no âmbito local para manutenção ou mudança do perfil de morbidade, mortalidade ou de indicadores de qualidade dos serviços de saúde.

A vigilância epidemiológica, no sistema local, situou-se na categoria de provedores “administração da saúde e seguros saúde” por motivos já esclarecidos no capítulo da metodologia. O valor de R\$ 275.915 representa o montante de outros recursos que foram acrescidos ao recurso vinculado da vigilância epidemiológica transferido pelo governo federal, para propiciar o desenvolvimento das ações específicas dessa área de atuação da saúde. O relatório de gestão 2005 relaciona as dificuldades de cumprimento das metas da vigilância epidemiológica. Percebe-se que houve uma ausência do estado e subfinanciamento do governo federal e municipal das ações e serviços da vigilância epidemiológica, já que união e município financiaram as ações quase meio a meio e muitas metas não foram cumpridas. É urgente repensar o financiamento induzido pela política nacional que não prioriza a vigilância epidemiológica como importante instrumento na mudança do modelo de atenção à saúde vigente no país.

### **Os recursos foram alocados para realizar o quê?**

As atividades de saúde são detalhadas nas Tabelas 3 e 4 dos itens 4.1.3 e 4.1.4, respectivamente. Chamou a atenção o desaparecimento do dinheiro que saiu dos agentes para os provedores (Gráfico 10), mas não foi totalmente transformado em atividade (Gráfico 16). Seria possível que esse provedor não tivesse produzido as atividades que teria de produzir ou o valor atribuído a esta atividade não corresponderia ao seu custo atribuído pela tabela SUS. As exposições no item 4.1.5 levam a considerar como mais prováveis os problemas de defasagem com a tabela de procedimentos do SUS e as falhas de registros ora causado pelo descaso dos profissionais, ora por falta de um sistema de informação que compute as atividades administrativas pertinentes ao processo de trabalho dos serviços de saúde. Araújo (2006), estudando a gênese e o percurso das informações sobre produção ambulatorial em uma unidade básica de São Paulo, concluiu que o mecanismo de registro dos trabalhos na unidade tende a condicionar a prevalência e a organização por procedimentos inscritos na tabela SIA/SUS. Para viabilizar o uso da Tabela 3 e 4 foi preciso adaptar a classificação das categorias do ICHA à tabela de procedimentos SIA/SUS vigente em 2005, por isso houve uma visível perda na transformação do dinheiro em atividades de saúde. Essa “desvalorização” ficou em torno de 30% do valor total originado nas fontes de recursos como mostrou a Tabela 5.

Os hospitais foram os provedores que produziram maior valor de atividade, conforme demonstrado no Gráfico 19. Embora o investimento do município tenha sido maior em provedores ambulatoriais, não houve uma correspondente produção de atividades de saúde por parte destes provedores. A distorção se deve principalmente aos valores da tabela de procedimentos SAI/SUS que remuneram ou atribuem valores mais elevados aos procedimentos hospitalares.

As unidades do PSF que funcionaram durante todo o ano de 2005 foram comparadas pela produção total de atividades realizadas no ano, havendo uma variação entre elas no valor percentual das atividades geradas que foi de 10% a 19%. Essas variações podem ser devido ao perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população, mas também ao perfil dos profissionais que ali trabalham ou a outras circunstâncias inexploradas. Na verdade, o espaço interno das unidades de saúde e o processo de trabalho que gera as atividades de saúde são ainda pouco explorados. As atividades registradas da forma como são atualmente seriam medidas quantitativas que dariam alguma contribuição no sentido de conhecimento de algo pouco explorado. Mas, ainda ficaria distante de uma contribuição mais efetiva para uma análise da produção do trabalho em saúde. A tabela do NHA tem potencialidades que

poderiam ser melhor utilizadas para um registro mais aproximado da produção de serviços de saúde.

Enfim, conhecer o fluxo dos recursos financeiros no município de SAJ, no ano 2005, proporcionou um conhecimento sobre a grande limitação financeira que passou o município no ano estudado. Pode-se visualizar um modelo padrão, representativo da grande maioria dos municípios brasileiros:

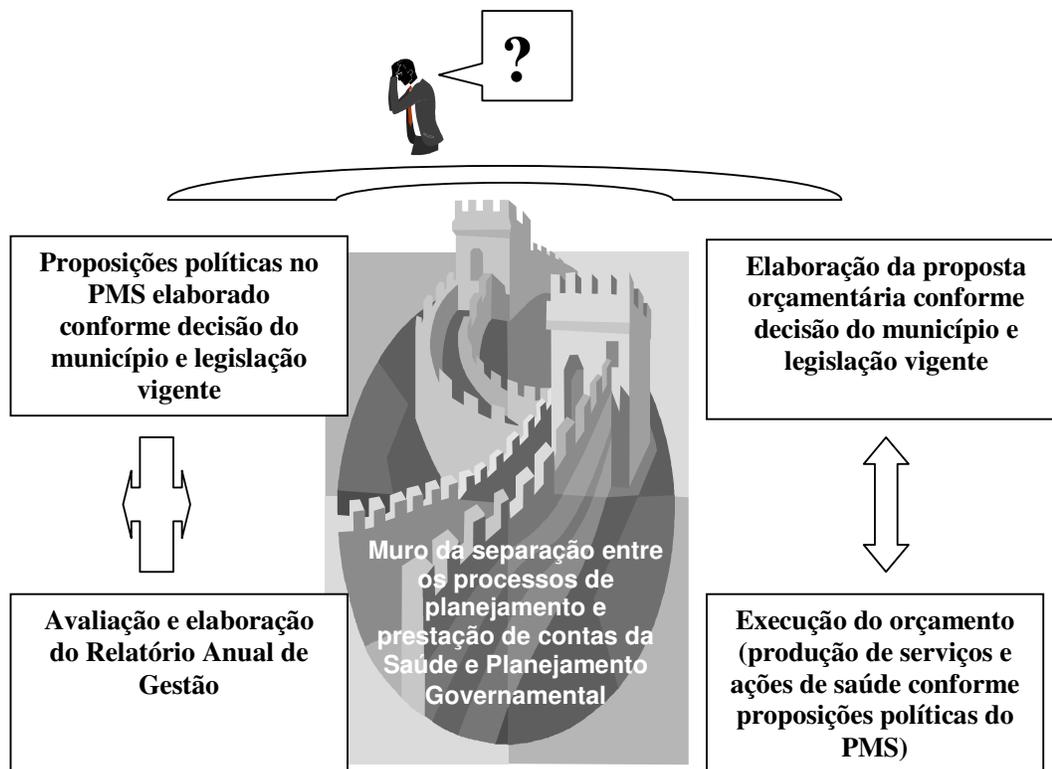
1. uma baixa capacidade de arrecadação de impostos;
2. falta de autonomia para gerir os recursos financeiros transferidos do governo federal;
3. uma participação do estado no co-financiamento da saúde em doses homeopáticas.

Ao lado do desfinanciamento das ações e serviços de saúde notou-se um grande esforço da gestão municipal na mudança do modelo da atenção a saúde caracterizado pela ampliação do acesso aos serviços de saúde e pelo investimento dos recursos próprios em unidade ambulatoriais da estratégia saúde da família.

## **5.2 O que diz os instrumentos de planejamento da gestão e de prestação de contas sobre a gestão financeira do sistema municipal.**

Ao observar-se o Anexo A, que é a execução orçamentária do ano 2005 (demonstrativo do movimento do mês e até o mês/dezembro 2005), tem-se a idéia que tudo está bem ordenado, as receitas e as despesas coincidem até nas casas decimais. Os números estão corretos, a execução orçamentária também está. Mas, pela lógica de quem?

Os resultados deste trabalho mostraram uma completa desarticulação entre os instrumentos de planejamento da gestão municipal (PPA, LDO, LOA) e os instrumentos de planejamento da gestão de saúde (PMS, Agenda de Saúde). Por sua vez, os instrumentos de prestação de contas da gestão municipal coincidem com a o planejamento da LOA, o que não aconteceu com o relatório de gestão da SMS e o PMS 2002-2005. O ciclo de gestão financeira da saúde que deveria ser como no Diagrama 3, aconteceu como no Diagrama 4, abaixo:



**Diagrama 4** - Representação esquemática do ciclo de gestão financeira municipal da saúde em Santo Antônio de Jesus, 2005.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados empíricos. “?” pode ser a dificuldade dos técnicos do campo das ciências da saúde e das ciências contábeis em compartilhar saberes e práticas.

O que se observou do quadro 13 ao 21 foram processos de planejamento ocorrendo paralelamente, sem se comunicarem. Existiram dez prioridades elencadas no PMS 2002-2005, mas apenas quatro coincidiram com os projetos/atividade na LOA 2005. Houve uma coerência entre a LOA 2005 e a execução orçamentária. O sistema de informação contábil estava ajustado com a LOA, mas não para as reais atividades da saúde, o que foi comprovado quando se comparou a execução orçamentária de cada projeto/atividade com as tabelas da metodologia NHA. Parece ter havido um grande esforço da contabilidade em distribuir as despesas da saúde para executar um orçamento quase perfeito no tocante ao cumprimento das metas quantitativas planejadas. Essa forma de agir parece ser comum no campo de atuação dos profissionais das contabilidades municipais. Segundo Machado e Reis (1998, p. 368), "a contabilidade não está preparada para dar respostas procuradas, isto porque está estruturada apenas para satisfazer as exigências da prestação de contas no encerramento do exercício ou do mandato governamental". Carneiro (2000), estudando a implementação da NOB/96 em municípios baianos, afirma que

a deficiência dos balancetes financeiros é retratada nos relatórios de gestão, nos quais não aparece a composição da despesa por elemento e ou ações, como também as despesas realizadas com recursos municipais. O processo de prestação de contas no conselho municipal de saúde se dá apenas para os recursos transferidos na maioria dos municípios. Dos que colocam os recursos municipais para prestação de contas, em apenas 2 (anexo XII), é apresentado o percentual que esses valores representam em relação às receitas municipais.

Giacomoni (2007) refere que o orçamento brasileiro foi modernizado no final da década passada quando incorporou uma autêntica classificação por programas; contudo chama a atenção que apenas uma nova classificação não garantirá o aperfeiçoamento do processo orçamentário. A nossa pesquisa reforça o que esse autor escreve com propriedade. A forma como se deu o processo da gestão financeira no ambiente municipal foi mascarada pela execução orçamentária, o que impediu um acompanhamento das despesas passo a passo como é a função do orçamento, deixando a gestão municipal e o controle social impedidos de visualizar a verdadeira execução orçamentária.

Observa-se que há uma necessidade da contabilidade e da gestão da saúde ajustar seus instrumentos de registros e prestação de contas para favorecer a um registro que se aproxime da realidade dos dois campos de saberes e práticas. As diferenças e distorções nos registros precisam ser eliminadas para que se possa efetivamente utilizar o orçamento como instrumento de planejamento e avaliação dos programas e projetos. Além disso, a correção das distorções também é fundamental para o cumprimento da função mais antiga do orçamento: o controle social e jurídico.

### **5.3 O que tudo diz sobre as responsabilidades legais de uma gestão e o financiamento do SUS.**

As responsabilidades expressas na Lei Orçamentária Anual 2005 foram: aquisição de UTI móvel e ambulância; construção do hospital regional; gestão das ações de assistência à saúde plena; gestão das ações de assistência à saúde básica; gestão das ações de assistência à saúde com recursos próprios; gestão das ações do PACS; PSF – Programa de Saúde da Família; gestão das ações de Vigilância Epidemiológica; e gestão das ações de Vigilância Sanitária. Essas foram registradas na lei anual, então foram essas as responsabilidades legais do SUS no ano de 2005. Pode-se afirmar que as responsabilidades legais foram formalmente cumpridas, uma vez que a execução orçamentária “mede” o cumprimento dessas

responsabilidades e foi cuidadosamente preparada e devidamente comprovada pela contabilidade governamental. As poucas diferenças para mais ou para menos são esperadas e compreensíveis num processo de planejamento como é o orçamento.

O Relatório de Gestão também é instrumento legal e está previsto na Lei 8142/90, juntamente com o Plano Municipal de Saúde. No ano estudado, esse relatório foi apresentado e fez considerações sobre todos os programas financiados desenvolvidos pela SMS e os investimentos de capital realizados (obras, veículos, equipamentos). Segundo o Relatório de Auditoria Operativa/SESAB, o mesmo foi devidamente discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

**O cumprimento das responsabilidades legais (e/ou formais) encerram as responsabilidades da gestão da saúde? E aquilo que ficou sem fazer? Quem, como e quando fará?**

O que ficou sem fazer: implantação dos processos de trabalho nos PSF; aquisição de insumos e instrumental de odontologia para três unidades de saúde; capacitação de funcionários de vários setores; realização de glicemia capilar na maioria das unidades básicas de saúde; descentralização das ações de tuberculose e hanseníase; aquisição suficiente de métodos de planejamento familiar; aquisição de veículos para supervisão e vigilância sanitária; implantação do programa do idoso; implantação de ações para o controle de esquistossomose, doença de chagas e DST; implantação da vigilância ambiental e saúde do trabalhador; estruturação do setor de controle de zoonoses, especialmente leishmaniose; e aquisição de novos itens do elenco da farmácia básica (Doc. 8). Diante do constrangimento das receitas e da autonomia municipal, o Quadro 22 agrupou as ações **não** realizadas. Entre elas encontraram-se seis que estavam priorizadas no PMS.

Quanto ao financiamento dos serviços de saúde no ano do estudo, pode-se sintetizar:

1. da receita total da saúde de Santo Antônio de Jesus em 2005: 82% foi do governo federal (totalmente vinculados), 1% do estado e 17% foi arrecadação própria do município (Gráfico 6);
2. todos os recursos transferidos foram utilizados nos devidos programas e ações a que estavam vinculados e todos complementados com os recursos do tesouro para o funcionamento pleno<sup>72</sup>(Tabela 2 e Quadros 13 a 21)

---

<sup>72</sup> Exceção feita aos recursos da média complexidade que não necessitaram complementação do tesouro

3. toda a receita própria em 2005 foi usada para complementar e manter as ações já financiadas pelos outros entes federados, não houve saldo de caixa (excedente no final do ano).

Considerando as sínteses acima, inferimos que nem todas as responsabilidades da gestão da saúde se encerram nas responsabilidades legais, estejam elas na LOA, no Plano Municipal de Saúde, ou nas portarias ministeriais das NOBs, NOAS e Pactos. Ficaram ações importantes sem realizar, principalmente aquelas que foram priorizadas pelo município no PMS e não tiveram financiamento ou o financiamento foi insuficiente para realizá-las. Jonas (2006, p. 170), tecendo considerações sobre o princípio responsabilidade refere que “Quem é encarregado de recolher impostos e aceita tal encargo é responsável pelo seu uso, independentemente do julgamento que se tenha a respeito daquele sistema fiscal”. Ele fala no sentido figurado de quem aceita determinada função ou cargo, não é movido pelo objeto em si, mas pela “causa”. Para ele (JONAS, 2006), somente a verdadeira “causa” é garantia de relações de lealdade sobre as quais se fundam a sociedade e a vida coletiva.

Traduzindo as considerações de Jonas para as relações da gestão financeira do SUS com as responsabilidades da gestão de um sistema de serviços de saúde, poderíamos dizer que: metas orçamentárias cumpridas no modo como se deu em Santo Antônio de Jesus, 2005 apenas contentariam aqueles que não têm o sentimento da “causa” referida por Jonas. Em outras palavras, poderíamos dizer que o cumprimento das metas financeiras apenas contentaria aqueles que não são comprometidos com a responsabilidade sanitária. Em contraponto, aqueles que se sentissem verdadeiros atores da construção do SUS, sentir-se-iam responsáveis pelo que deixou de ser feito e pelos motivos pelos quais as ações/ atividades deixaram de ser feitas. Neste sentido, o financiamento do SUS causou o constrangimento das ações/atividades de saúde, principalmente a não realização de atividades priorizadas pelo município, peculiares ao seu perfil epidemiológico, o que impediu o cumprimento das responsabilidades sanitárias da gestão municipal.

Resgatando as considerações de Bobbio (2000), poderíamos dizer que o financiamento insuficiente comprometeu eticamente a responsabilidade da gestão municipal com o não cumprimento das metas sanitárias (aqui consideradas como resultados da gestão dos recursos financeiros) priorizadas no Plano Municipal de Saúde. Seguir as políticas induzidas pelo Ministério da Saúde através das normas de financiamento do SUS, significou para este município, uma limitação muito grande do tipo “escolher uma, entre dez prioridades”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fluxo das contas municipais foi detalhadamente identificado da origem (fontes) dos recursos até a aplicação em atividades. Desse conhecimento pode-se concluir que o município apresentou:

1. uma baixa capacidade de arrecadação de impostos no ano de 2005;
2. uma baixa autonomia da gestão financeira da saúde causada pela vinculação da maior parte da sua receita;
3. um co-financiamento irrisório do estado da Bahia;
4. a alocação dos recursos mostrou um grande esforço do município em ampliar o acesso aos serviços de saúde através da estratégia do PSF;
5. a distribuição das atividades pouco contribuiu pois os dados apresentaram distorções causadas pela defasagem da tabela SIA/SUS;

O sub-financiamento da saúde levou a um padrão de alocação que apenas permitiu manter os programas induzidos pelo governo federal. A totalidade dos recursos próprios foi investida para manter e co-financiar esses programas. Como consequência, faltaram recursos para desenvolver ações consideradas prioritárias para o município em 2005.

Sobre a gestão financeira do sistema municipal, percebeu-se uma grande barreira de comunicação entre o processo orçamentário e o processo de planejamento da gestão da saúde, o que resultou em:

1. processos de planejamento ocorrendo paralelamente;
2. pouca coincidência dos objetivos da LOA e PMS;
3. um mascaramento da execução orçamentária;
4. uma necessidade da contabilidade e da gestão da saúde ajustarem seus instrumentos de registros e prestação de contas para favorecer a um registro que se aproxime da realidade dos dois campos de saberes e práticas.

As responsabilidades legais (execução orçamentária) e formais (aprovação do Relatório de Gestão) foram cumpridas. No entanto, as responsabilidades sanitárias foram parcialmente cumpridas principalmente em decorrência do:

1. sub-financiamento das três esferas de governo;
2. financiamento do governo federal totalmente vinculado.

O que obrigou o município a co-financiar o que foi priorizado pela união, não sobrando recursos próprios para investir nas prioridades locais.

[...] os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Nesse sentido, o estudo de caso, como experimento, não representa uma 'amostragem', e ao fazer isso, seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Ou [...] o objetivo é fazer uma análise 'generalizante' e não 'particularizante' (YIN, 2005, p. 30, grifo do autor).

Diante do que foi levantado nesse estudo não temos a pretensão de generalizar para todos os municípios, mas apenas supor que algo semelhante tem acontecido com uma boa parte dos municípios baianos e brasileiros submetidos ao mesmo tipo de financiamento.

Entende-se que a vinculação e a contrapartida são meios legítimos que o governo federal utiliza para garantir o uso dos recursos em políticas que foram acordadas nacionalmente através dos mecanismos de participação social previstos pelo SUS; entretanto, a descentralização da gestão, enquanto estratégia fundamental para a priorização das "necessidades" locais e incremento da responsabilidade municipal, fica comprometida quando não existe autonomia para o planejamento e execução das ações. Esse paradoxo, ao invés de ser tratado seriamente, no sentido de se buscar uma solução aceitável para todos os entes envolvidos, mantêm-se superficialmente abordado através de ações normativas e pouco efetivas, produzindo contas "maquiadas" e planejamento "faz de conta".

A prática do planejamento é nova para os municípios, seja em questões da gestão financeira e administrativa, seja em questões da gestão sanitária. Rosa (2007) chamou a atenção para o abandono técnico pelo qual tem passado os municípios no processo da descentralização da gestão da saúde. Quando o abandono técnico se une ao subfinanciamento e à baixa autonomia das gestões municipais, um futuro desanimador se anuncia.

Assim este estudo poderá contribuir para apontar alguns pontos críticos da gestão financeira que poderíamos assim sintetizar:

União: é necessário rever com urgência a vinculação total das transferências para os municípios e reverter o subfinanciamento do PSF ou repensar outra estratégia mais custo efetiva, sob pena de perda dos avanços conquistados até o momento.

Estado: é necessário participar do co-financiamento da saúde e dar apoio técnico aos municípios nas questões de planejamento e gestão financeira dos sistemas de serviços de saúde.

Municípios: é necessário incorporar práticas de planejamento local e reverter ou minimizar a dependência do financiamento externo com ações geradoras de desenvolvimento sustentável e arrecadação de impostos.

Para Motta (1998), a gestão é arte e aprendizado que passam pela aquisição de habilidades cognitivas, habilidades analíticas, habilidades comportamentais e habilidades de ação. Para adquirir essas habilidades é necessário ultrapassar o senso comum e dotar as gestões públicas de conhecimento gerencial. Para fazer isso diante de inúmeras realidades municipais distintas, os níveis de governo apoiadores dos municípios devem investir recursos financeiros para a superação de desafios comuns a todos os municípios, sem contudo, constranger, através do financiamento, a criatividade das gestões locais para resolução dos problemas de saúde peculiares a cada um.

## REFERÊNCIAS

AKTOUF, O. **Lê management entre tradition et renouvellement**. Canadá, Boucherville: Gaetan Morin, 1989. p. 60.

ARAUJO, V. S. A. **Gênese e percurso das informações sobre produção ambulatorial, em uma unidade básica de saúde do distrito do Butantã, município de São Paulo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: < [http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe\\_monografia.asp?>](http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp?>). Acesso em: 28 fev. 2008.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BAHIA. Secretaria de Planejamento - SEPLAN. **Manual de Programação e Orçamento** (MPO 2004). Salvador: SEPLAN, 2004.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Manual de planejamento municipal em saúde – MAPLAS**. Bahia, 2001.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Manual do fundo municipal de saúde**. Manual do gestor. Salvador: SESAB, 2000. 49 p. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br>>. Acesso em 10 jun. 2007.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização/Bahia**, 2006a. Disponível em: < [http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/pdr/PDR\\_2006\\_POP\\_2006.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/pdr/PDR_2006_POP_2006.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2006.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia - SEI. **Dados municipais de Santo Antônio de Jesus**, 2006b. Disponível em: <<http://www.sei.ba.gov.br/side/resposta.wsp?tmp.cbmun.mun=2928703>>. Acesso em: 9 mar. 2007.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização/Bahia**, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/>>. Acesso em: 2 mar. 2008.

BALEEIRO, A. **Uma introdução à ciência das finanças**. 16. ed. rev. e atualizada por Djalma de Campos. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

BOBBIO, N. Ética e política. In: BOVERO, M. (Org.). **Teoria geral da política**: a filosofia e as lições dos clássicos. Rio de Janeiro: Campus, 2000. p.177-203.

BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília ; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p.331.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília, DF, 1988. Seção II Da Saúde.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Receitas Públicas**: manual de procedimentos: aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, DF: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação Geral de Contabilidade, 2006a. 231 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Norma Operacional Básica Nº. 001/91**. Editada pela resolução nº. 258 de 7 de janeiro de 1991. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_14.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_14.pdf)>. Acesso em: 8 mar.2007.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 24 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde , e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 05 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS/1992**. Editada pela portaria nº. 234 de 7 de fevereiro de 1992. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_08.pdf)>. Acesso em: 9 mar. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS -01/93**. Editada pela portaria MS-GM n. 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em:

<[http://www.idisa.org.br/site/download/PORTARIA\\_MSGM\\_N.\\_00.545\\_DE\\_20\\_DE\\_MAIO\\_DE\\_1993.doc](http://www.idisa.org.br/site/download/PORTARIA_MSGM_N._00.545_DE_20_DE_MAIO_DE_1993.doc)>. Acesso em: 8 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos:(Resolução CNS 196/96 e outros)**. Brasília, DF,1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumentos de Gestão**: manual de consulta rápida. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 6 de novembro de 1996. In: \_\_\_\_\_. **Gestão municipal de saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência a Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Gestão municipal de saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS –SUS 01/02**. Editada pela portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/noas\\_2002.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/noas_2002.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/** Ministério da Saúde, conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**. Editado pela portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2006.

BREMAEKER, F. **Mitos e verdades sobre as finanças dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1994. 78p.

CAMPOS, A M. Responsabilidade. In: SILVA, Benedicto (Org.).**Dicionário de ciências sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1986. p.1070-1071.

CARNEIRO, A. O. **Implementação da NOB/96 na Bahia**: situação do financiamento do SUS na esfera municipal. 2000.Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **O financiamento público federal do sistema único de saúde 1988-2001**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CECÍLIO, L. C. O.(Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

COELHO, T. C. B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. Mimeo.

COELHO, T. C. B. et al. Fazendo as contas da saúde de Feira de Santana. **Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana**, Feira de Santana, v. 2, n. 1, p. 31-42, jan. 2006.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J S. Processo decisório e praticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 21 n. 5, p.1373-1382, set/out 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Teses e Plano de Ação 2005-2007**, [2005]. 22 p.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. Gestão de recursos financeiros. In: **SAÚDE & Cidadania para gestores municipais de serviços de saúde**. Livro 10. São Paulo: ITAÚ; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. CD-ROM.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982. p. 142.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção a saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS; P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial**: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 256p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 14. ed. amp., rev. e atua. São Paulo: Atlas, 2007. 364p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Resolução nº 4 de 30 de agosto de 2002**, 2002.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto;PUC, 2006. 354 p.

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M.I.; WERFF, A.V.D. Sistemas nacionales de salud y su reorientacion hacia salud para todos: pautas para una política. **Cadernos de Salud Pública**, n. 77, p.134, 1984.

LEISERSON, A. Responsabilidade. In: SILVA, B. (Org.).**Dicionário de ciências sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1986. p. 1069-1070.

LIMA, A. C. N. **Agendas de Saúde (2001) - Limites e Possibilidades - Micro-Região Goiânia/Estado de Goiás**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do sistema Único de Saúde; a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 325p.

MACHADO, J. R.; REIS H. C. **A Lei 4.320/64 comentada**. 28. ed. Rio de Janeiro: IBAM, 1998. 408p.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

MAGNOLI, A. **National health accounts in Latin American and Caribbean**: concept, results and policy uses. Harvard University, 2001. IADB/INDES- Joint Program INDES/EU. 47p.

MARIÑO, C. A.; GUZMÁN, A. C. Experiencia cubana en la organización de los servicios de salud, una alternativa ante la privatización. **Rev. Cub. Salud Pública**,v. 33.n. 1, jan./mar. 2007.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I. 292 p.

MÉDICI, A. **Financiamento público e privado em saúde na América Latina e Caribe:** uma breve análise dos anos noventa. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2005. (Nota Técnica de Saúde, n. 3/2005).

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, CE: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo I. p. 71- 154.

MONTORO FILHO, A F. **Contabilidade social:** uma introdução à macroeconomia. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 140p.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 256 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; UNICEF. **Cuidados primários em saúde.** Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, DF, UNICRF, 1979.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das praticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS - PHRplus. **Understanding NHA:** the methodology and implementation process. Primer for Policymakers. Senegal, Jan. 2003. Disponível em: <<http://www.phrproject.com/globali/nha.htm>>. Acesso em: 26 mai. 2006.

PEREIRA, M. G. Métodos empregados em epidemiologia. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro,RJ: Guanabara Koogan, 2006.

PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. (Org.). **Gestão de Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Medicina Social, 2003. 389 p.

QUEIROZ, F. P. **A capela de padre Matheus.** Feira de Santana: SAGRA, 1995.

RED DE INVESTIGACIÓN EM SYSTEMAS E SERVIZIOS DE SALUD - RISSS. Investigación em Systemas e Servíciós de Salud: Programas de la Red e Resultados (1995/1996). **Cuadernos para Discusión.** n. 0, 1997.

ROSA, M. R. R. Complementando a discussão sobre o planejamento em saúde: quem ensina municípios a planejar? **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 40, p. 21-28, jun. 2007.

SAMUELS, D. Reinventing local government? Municipalities and intergovernmental relations in democratic Brazil. In: KINGSTONE, P; POWER, T.J. (Org.). **Democratic Brazil: actors, institution, and processes**. Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 2000. p. 77-100.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Santo Antônio de Jesus, 2002.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Santo Antônio de Jesus, 2006.

SOUZA, C. Governo e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

SOUZA, C.; BLUMM, M. Autonomia política local: uma revisão de literatura . **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 48, p. 51-68, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, A.L.L. Responsabilidade. IN: SILVA, B. (Org.). **Dicionário de ciências sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986. p.1071.

TAYLOR, A.S.P. **Bismarck, the man and the statesman**. London: The Penguin Books, 1995

TESTA, M. **Pensar em salud**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, C. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, 2001. 79 p.

UGÀ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. IN: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 193-233.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.  
WORLD BANK - WB. **World Development Report: Investing in Health**. Washington, DC, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guide to producing national health accounts**: with special applications for low income e middle-income contries. Geneva, Switzerland. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The World Health Report 2000**: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; SDE; CMH/05.1  
**Financing an Integrated Policy Package for Improved Management of Health Resources**. Paris, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
 Autorizada pelo Decreto Federal nº. 77.498 de 27/04/76  
 Reconhecida pela Portaria Ministerial nº. 874/86 de 19 /12/86

A pesquisa intitulada Relação entre responsabilidade de gestão e o financiamento do sistema de serviços de saúde de um município-pólo de microrregião da Bahia tem como objetivo analisar a relação entre as responsabilidades de gestão do SUS e o financiamento do Sistema de Serviços de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus no ano de 2005 . Essa pesquisa será feita em documentos da Gestão Pública Municipal, abaixo relacionados:

- Lei de Diretrizes Orçamentárias vigente no ano de 2005.
- Lei Orçamentária Anual do ano de 2005
- Plano Plurianual de Governo 2002-2005
- Plano Municipal de Saúde 2002-2005.
- PPI (Programação Pactuada Integrada) de média complexidade vigente em 2005
- PPI (Programação Pactuada Integrada) da atenção básica vigente em 2005 e a sua avaliação em 2006.
- Demonstrativo de receitas do ano de 2005 do FMS (Fundo Municipal de Saúde).
- Listagem de processos pagos do ano de 2005 de janeiro a dezembro.
- Relatório de gestão da SMS(Secretaria Municipal de Saúde) 2005.
- Relatórios de auditorias referentes ao período de 2005 e anteriores, se existirem.
- Relatórios internos dos departamentos referentes ao ano de 2005.

O fornecimento desses documentos e de outros que poderão ser necessários durante o desenvolvimento da pesquisa será totalmente voluntário, podendo se recusar a fornecê-los sem nenhum problema. **Os itens autorizados para liberação estarão assinalados acima com um “x”.**

Os resultados obtidos da análise documental ficarão sobre responsabilidade dos profissionais envolvidos na pesquisa e, quando os resultados forem publicados, os gestores não serão identificados (ficando em sigilo). Qualquer custo para participação nesta pesquisa (transporte, hospedagem) será financiado pelos pesquisadores. Caso não queira participar do estudo poderá recusar, sem qualquer prejuízo.

Portanto, sua participação é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, no endereço Km 03, BR 116, Campus Universitário, modulo 1, Código postal 44.031.460. As pesquisadoras responsáveis por essa pesquisa também estão disponíveis para maiores esclarecimentos. Duas vias serão assinadas e uma via será retida pela participante da pesquisa.

Feira de Santana, Bahia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) gestor(a)**

\_\_\_\_\_  
 Thereza Christina Bahia Coelho  
 Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
 Márcia Reis Rocha Rosa  
 Pesquisadora colaboradora

## ANEXO A- DEMONSTRATIVO DE MOVIMENTO DO MÊS: DEZEMBRO /2005.

### FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTO ANTONIO DE JESUS

Rua: A Quinta do Igles, 87 s/213, 2º andar  
Santo Antonio de Jesus - BA  
C.N.P.J.: 13.425.876/0001-03

Dezembro/2005

### Demonstrativo de Movimento do Mês

MOVIMENTO DO MÊS			
DÉBITO		CRÉDITO	
Saldo do Mês Anterior.....	R\$ 1.087.493,95	Despesa Orçamentária.....	R\$ 2.406.712,19
Receita Orçamentária.....	R\$ 2.893.019,12	Despesas Correntes.....	R\$ 2.007.413,06
Receitas Correntes.....	R\$ 2.031.541,65	Despesas de Capital.....	R\$ 399.299,13
Receitas de Capital.....	R\$ 851.477,47	Despesa Extra-Orçamentária.....	R\$ 92.587,41
Receita Extra-Orçamentária.....	R\$ 215.869,39	Receitas a Realizar	R\$ 1.387.415,12
Receitas a Realizar	R\$ 0,00	DESPESAS A REALIZAR - LEI Nº 8	R\$ 600,00
DESPESAS A REALIZAR - LEI Nº 8	R\$ 1.800,00		
		Saldo para o mês seguinte.....	R\$ 300.867,74
<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 4.188.182,46</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 4.188.182,46</b>

MOVIMENTO ATÉ O MÊS			
DÉBITO		CRÉDITO	
Receita Orçamentária.....	R\$ 20.106.446,28	Despesa Orçamentária.....	R\$ 17.563.897,23
Receitas Correntes.....	R\$ 13.951.830,06	Despesas Correntes.....	R\$ 11.827.254,24
Receitas de Capital.....	R\$ 6.154.616,22	Despesas de Capital.....	R\$ 5.736.642,99
Receita Extra-Orçamentária.....	R\$ 1.086.728,85	Despesa Extra-Orçamentária.....	R\$ 2.021.279,83
		Receitas a Realizar	R\$ 1.387.415,12
		DESPESAS A REALIZAR - LEI Nº 8	R\$ 600,00
Saldo do Exercício Anterior.....	R\$ 80.884,79	Saldo em Caixa.....	R\$ 15,14
		Saldo nos Bancos.....	R\$ 300.852,60
<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 21.274.059,92</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 21.274.059,92</b>

CRÉDITOS ADICIONAIS ATÉ ESTE MÊS NESTE EXERCÍCIO			MOVIMENTO DE BANCOS		
	APROVADOS	DISPONÍVEL		DÉBITO	CRÉDITO
Suplementares.....	R\$ 6.837.400,00	1.139,14	Saldo anterior.....	R\$ 1.087.488,66	
Especiais.....	R\$ 0,00	0,00	Retirado neste mês.....	R\$	3.491.174,83
Extraordinários.....	R\$ 0,00	0,00	Depositado neste mês.....	R\$ 2.704.538,77	
			Saldo nesta data.....	R\$	300.852,60
<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 6.837.400,00</b>	<b>1.139,14</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 3.792.027,43</b>	<b>3.792.027,43</b>

GESTORA  
MÁRCIA REIS ROCHA ROSA

CHEFE DIVISÃO  
ROSILEY BARRETO SANTOS

CONTADOR  
MARCIANO JOSE DE OLIVEIRA NETO