

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO-UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu-SP

LÚCIO JOSÉ FIORELLI



**GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DE SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DA DRS VI
BAURU-SP**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Luana Carandina
Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Jr

Botucatu –SP
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *SULAMITÁ SELMA CLEMENTE COLNAGO*

Fiorelli, Lúcio José.

Gestão dos recursos financeiros de saúde nos municípios da DRS VI
Bauru-SP / Lúcio José Fiorelli. – Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2010

Orientador: Luana Carandina

Co-orientador: Antonio Luiz Caldas Jr.

CAPES: 40602001

1. Saúde pública - Administração. 2. Saúde pública – Planejamento.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Financiamento em saúde; Sistema de
informações orçamentárias; Recursos financeiros municipais de saúde;
Execução orçamentária municipal da saúde.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a minha esposa *Valéria*

e a meus filhos *Gabriela e João Pedro*

que foram meus incentivadores;

Aos meus país, *Adalberto e Marlene;*

Ao amigo *Dr. Antônio Marcos Rodrigues, ex-secretário*

de saúde do município de Jaú - SP que permitiu

dividir os trabalhos da secretaria municipal de saúde e as aulas;

Aos amigos da *DRS VI Bauru* e os *profissionais* dos

municípios onde fui muito bem recebido e acolhido;

Aos meus *professores e amigos* do *Departamento*

De Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP;

A minha orientadora Professora *Dra. Luana Carandina*

e ao meu co-orientador *Professor Dr. Antonio Caldas Júnior,*

E finalmente a DEUS que colocou todas estas pessoas

Em meu caminho.....

OBRIGADO.

RESUMO

Introdução- Nas últimas décadas o custeio da saúde tem sido crescente em todo o mundo. Este aumento dos custos é explicado pela transição demográfica e epidemiológica: maior sobrevivência com aumento de pessoas idosas e das doenças crônicas e pelo aumento de tecnologias mais complexas aplicadas à saúde. No Brasil, a Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e o Sistema Único de Saúde Brasileiro tem, entre seus princípios, o da universalidade. Entretanto, é reconhecida a escassez dos recursos para a área saúde no País, aumentando a responsabilidade dos gestores de bem administrá-los, através do planejamento dos gastos e investimentos. Objetivo – O presente trabalho teve como objetivo analisar a gestão dos recursos financeiros da saúde dos municípios da DRS VI – Bauru, analisando o conhecimento dos gestores sobre a administração dos recursos financeiros. Material e Método: foi elaborada amostra de conveniência de 22 municípios, representativa do total de 68 do DRS-VI, segundo agrupamento dos mesmos por tamanho populacional. Foi elaborado questionário específico, aplicado pelo pesquisador aos 22 secretários municipais de saúde. Foram utilizados dados secundários relativos ao custeio da saúde dos municípios e anos estudados. Resultados: os percentuais do orçamento municipal e das transferências dos governos estadual e federal para os gastos com saúde em 2005-2006, não mostraram relacionamento com a densidade populacional dos municípios. O índice de desenvolvimento humano foi maior nos municípios mais populosos. Os gestores tinham conhecimento das fontes dos recursos financeiros para a saúde e referiram sua insuficiência. Em todas as outras respostas sobre os procedimentos financeiros mostraram desconhecimento ou concentração das decisões na esfera das prefeituras. Conclusão: a gestão exercida pelos secretários de saúde pareceu restrita à área técnica dos serviços, permanecendo a administração financeira concentrada nas prefeituras. Verifica-se a necessidade dos secretários da saúde receberem capacitação em administração financeira e economia para assumirem, de fato, o planejamento e a administração financeira dos recursos destinados à saúde e promoverem a descentralização do poder de decisão.

Palavras chave: gestão em saúde; financiamento em saúde; sistema de informações orçamentárias; recursos financeiros municipais de saúde; execução orçamentária municipal da saúde.

ABSTRACT

Management of Health Financial Resources of cities from DRS-VI. Bauru – SP.

Introduction- Over the last decades health funding has increased throughout the world. This fund increase is explained by the demographic and epidemiological transition: higher survival with an increase of elderly people and chronic diseases and by the increase of complex health applied technologies. In Brazil, the Constitution of 1988 recognizes health as a citizen right and a State obligation and the Brazilian Health Care System has universality as one of its principles. Therefore, shortage of resources in the health area is generally accepted in the country, making resources managers more responsible to well administer them through investments and planning expenses.

Objective – The present work aimed to analyze the administration of health financial resources of cities from DRS VI - Bauru, evaluating manager's knowledge about the administration of financial resources. Material and Method: a convenience sample of 22 cities was made representing a total of 68 from DRS-VI, according to their assemblage by population size. A specific questionnaire was done and applied by the researchers on 22 health officials of the cities. Secondary data about health funding of the cities and their respective studied years were used. Results: the percentages of the budgets of the cities and of state and federal transferences for health expenses in 2005-2006, did not show any relation to the population density of the cities. Human development index was higher in crowded cities. The managers knew about health financial resources origin and mentioned its insufficiency. In every other answer about financial procedures they showed ignorance or decision concentration on their respective city halls. Conclusion: the administration performed by health officials seemed to be restricted to the technical area of services and financial administration concentrated on the city halls. One verifies that health officials need to receive education about economy and financial administration so that they could in fact take charge of the planning and the financial administration of health resources and stimulate a decentralization of the power of decision.

Key words: health management, health financial, budget information system, municipal health financial resources, municipal health budget execution.

LISTA DE SIGLAS

AIHS	Autorização de Internações Hospitalares
ARO	Antecipação da Receita Orçamentária
CES	Conselho Estadual de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Sobre Lucro Líquido
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRS VI Bauru	Direção Regional de Saúde Seis Bauru
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC 29	Emenda Constitucional número 29
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estatização Fiscal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre Propriedade territorial Urbano
ISS	Imposto Sobre Serviços
IR	Imposto de Renda
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ITBI	Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Inter-vivos
LDO	Leis de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Normas de Operações Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB Fixo	Piso da Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PABA	Piso da Atenção Básica Ampliada
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNB	Produto Nacional Bruto
PPA	Plano Plurianual
SI/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIOPS	Sistema de Informação Orçamentária sobre Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Municípios da amostra, segundo o tamanho populacional. DRS VI	28
Tabela 2: Distribuição da população, orçamento e gastos com saúde, segundo os municípios. DRS VI ,2005-2006.....	34
Tabela 3: Valores executados pela saúde e participação municipal DRS VI. Biênio 2005-2006.....	36
Tabela 4: Procedência e suficiência dos recursos financeiros das secretarias municipais de saúde, segundo agrupamentos dos municípios por tamanho populacional. DRS VI, 2006	38
Tabela 5: Percentual médio das transferências intra-governamentais na receita da saúde, por município, no biênio 2005 – 2006, DRS VI – Bauru....	40
Tabela 6: Procedimentos utilizados para o cumprimento da EC 29, segundo agrupamento dos municípios pelo tamanho populacional , DRS VI 2005 – 2006.....	42
Tabela 7: Contribuição percentual média da receita municipal na saúde, por município, no biênio 2005 – 2006.	44
Tabela 8: Conhecimento dos gestores municipais sobre os tributos relacionados com a saúde. DRS VI 2005 – 2006.....	46
Tabela 09: Conhecimento dos gestores municipais a respeito do Conselho Municipal de Saúde. DRS VI , 2005 -2006.....	48
Tabela 10: Conhecimento dos gestores municipais sobre orçamento anual. DRS VI – 2005 – 2006.....	50
Tabela 11: Conhecimento dos gestores sobre o preenchimento do SIOPS. DRS VI, 2005-2006.	52
Tabela 12: Conhecimento dos gestores municipais sobre o PPA, DRS VI, 2005 – 2006.....	54
Tabela 13: Conhecimento dos gestores municipais sobre a elaboração da LDO. DRS VI, 2005-2006.....	56
Tabela 14: Conhecimento dos gestores municipais sobre as requisições de compras e serviços. DRS VI, 2005- 2006.....	58
Tabela 15: Conhecimento dos gestores municipais sobre licitação e pagamentos. DRS VI, 2005-2006.....	60
Tabela 16: Demonstrativo financeiro. DRS VI, 2005 – 2006.....	62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Regiões de Saúde da DRS VI	29
FIGURA 2: Municípios da DRS VI.	30
FIGURA 3: População dos Municípios da DRS VI Bauru; 2006	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Gasto Nacional em Saúde percentual do PIB, per capita e participação público e privado: estimativas para 2003	16
Quadro 2: Despesas com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo em percentual do Produto Interno Bruto, 2000 a 2003	19
Quadro 3: PLANO SOCIAL E FISCAL – síntese das principais características dos instrumentos orçamentários	21

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

1... INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Justificativa.....	23
2... OBJETIVOS.....	25
3... MATERIAL E MÉTODO.....	27
3.1 MAPA DAS REGIÕES DA DRS VI BAURU.....	29
3.2 MAPA DOS MUNICÍPIOS DA DRS VI BAURU.....	30
3.3 GRÁFICO DA AMOSTRA DOS MUNICÍPIOS DA DRS VI BAURU.....	31
3.4 INSTRUMENTOS.....	32
3.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	32
4... RESULTADOS.	33
5... DISCUSSÕES.....	64
6... CONCLUSÕES.....	68
7... REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
8. ANEXO.....	74

INTRODUÇÃO

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (Lei 8.080 Título I, art. 2º.).

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (Lei 8.080 Título I, Art. 2º. Parágrafo 1º.).

“O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. (Lei 8.080 Título I, Art. 2º Parágrafo 2º.).

Ao observarmos a Lei 8.080, no seu artigo 2º, fica clara a responsabilidade dos Gestores das Secretarias Municipais de Saúde como agentes que realizarão a administração dos recursos federais, estaduais e municipais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, ano 2006) salienta a importância das repercussões econômicas na falta de saúde. As limitações financeiras na prestação ou na obtenção de assistência médica e sanitária, dificultam a avaliação dos benefícios resultantes da assistência.

Griffith et al. (1981), estudando o problema da contribuição da saúde para o desenvolvimento, acharam que a questão envolve três aspectos fundamentais: demonstração do papel da saúde na promoção do crescimento econômico, demonstração dos efeitos negativos das moléstias sobre a produtividade e finalmente, qualificação dos benefícios econômicos resultantes da melhoria no nível saúde .

Tinoco & Campos, (1984) conceberam o círculo vicioso da pobreza e doença, no qual as doenças geram pobreza que, por sua vez diminui a energia e capacidade produtiva, levando à baixa produção e baixos salários, os quais proporcionam alimentação, educação e habitação inadequadas, fatores que por sua vez favorecem o surgimento de doenças. A presença de doenças está associada a baixo investimento em saneamento e prevenção, suscitando o aparecimento de mais doenças que conduzem à incapacidade e menor sobrevivência do indivíduo que se traduz em baixa produção. Os gastos com saúde não são apenas despesas de consumo, mas devem ser reconhecidos como investimento voltado ao capital humano.

Outro aspecto a considerar é a existência de distorções na prestação de serviços de saúde à população, presentes no Brasil e em outros países, como resultado de: ... *“Serviços que não correspondem à necessidade da população; distribuição geográfica dos recursos extremamente desigual; moléstias previsíveis tratadas em algumas áreas com uso excessivo da alta tecnologia médico-hospitalar; uso e distribuição excessiva de medicamentos; internações desnecessárias, exames supérfluos;”*... (Del Nero, 1995)

Como resultado dessas distorções, Del Nero (1995) levanta questões sobre o papel dos serviços de saúde: ... *“Os serviços de saúde têm conseguido promover saúde? Quais os princípios que regem a organização e o financiamento desses serviços? É possível manter um certo número de serviços disponíveis sempre que necessário e em todas as localidades? É possível diminuir o custo dos serviços sem alterar sua qualidade;”*...

Para Del Nero (1995), a economia da saúde busca respostas a perguntas como: ... *“Quanto um país deve gastar com saúde? Como devem ser financiados os gastos com saúde? Qual a melhor combinação de pessoal e tecnologia para produzir o melhor serviço? Qual a demanda e qual a oferta de serviços de saúde? Quais as necessidades de saúde da população? O que significa atribuir prioridade? Quando e onde deve ser construído um novo hospital ou PAS? É preferível prevenir a curar em que condições? Quais as implicações da introdução das taxas moderadoras sobre a utilização de serviços?”*...

Outra série de perguntas-chave, que retratam alguns dos aspectos específicos do campo da Economia da Saúde, são: ...*“Qual é o melhor meio de angariar fundos? Quais são as vantagens e desvantagens da tributação geral em oposição a um imposto específico para a saúde, contribuição previdenciária, seguro privado ou taxas por utilização? Quais são as implicações de diferentes sistemas de financiamento para a eficiência e a equidade? Há diferença se as taxas forem informais ao invés de formais? Quanto os pacientes gastam em saúde como um todo, incluindo medicamentos? Como podem ser mitigados os problemas de acesso para grupos de baixa renda sob diferentes sistemas de financiamento?”*... Del Nero (1995).

São várias as definições de economia da saúde. Áquilas & Marques (2006) destacam duas delas: *“a economia da saúde surgiu para investigar e estudar novos métodos de medição, racionalização e sistemas de análises das atividades relacionadas com financiamento, produção, distribuição, e consumo de bens e serviços que satisfaçam necessidades de saúde, priorizando a eficiência e a equidade”*; *“é aplicação da ciência econômica aos fenômenos e problemas associados ao tema da saúde”*.

Os gastos com saúde têm sido cada vez maiores nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A variação dos gastos com saúde em relação ao PIB (Produto Interno Bruto), foi de 2,4% a 5,5%, em 1960; nas três décadas subsequentes cresceu consideravelmente, ficando em 6,1% a 12,7%, em 1990.

O gasto mundial com saúde chegou a US\$ 1,7 trilhão em 1990, ou quase 8% da renda global, sendo que, desse montante, o gasto governamental com saúde superou US\$ 900 bilhões, acima de 5% da renda mundial recomendado pela OMS. (Ministério da Saúde – Brasil, 2007).

Ortún (1992) listou as seguintes hipóteses explicativas do crescimento do gasto sanitário per capita: (a) as mudanças na mortalidade e morbidade (substituição das doenças infecciosas e carências pelas crônicas e degenerativas); (b) o envelhecimento da população, que leva ao aumento da prevalência das doenças crônicas; (c) o papel do estado em tutelar a saúde como direito do cidadão; (d) a maior especialização e as conseqüentes melhoras de salário do pessoal de saúde (nos países desenvolvidos); (e) os frágeis avanços na produtividade por pessoa empregada no setor saúde; (f) os interesses da indústria farmacêutica e da eletro-medicina para abrir e assegurar novos mercados; (g) as mudanças nos costumes sociais e na organização familiar; (h) o aumento na renda per capita.

Estes gastos (custos) são todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços utilizados pela saúde. Eles podem ser considerados: custos diretos e indiretos; fixos e variáveis; visíveis e invisíveis; tangíveis e intangíveis, etc. (Ortún Rubio, 1992)

O financiamento da saúde pode ser público ou privado: o público caracteriza-se por ser coercitivo (principalmente impostos e cotizações obrigatórias à seguridade social); o privado, que permite ao usuário exercer sua soberania (pagamentos diretos a provedores de serviços) (Rubio Cebrian, 1995).

Financiamento é o processo de obtenção de recursos ou fundos necessários para a execução de um gasto (ou a realização de um investimento), que está orientado para a obtenção de um objetivo determinado. No âmbito sanitário, aplica-se ao conjunto de fluxos monetários que, procedentes das famílias ou empresas, são canalizados

direta ou indiretamente aos provedores de recursos, como conseqüência da prestação de serviços de saúde. (Rubio Cebrian, 1995).

As despesas com saúde relativas ao sistema tendem a aumentar mais que os índices de preços (Médici, 1995). A partir de um determinado nível de saúde, o aumento dos gastos não traz maiores incrementos na esperança de vida da população, tornando-se necessário definir metas que possibilitem conter os gastos com a saúde. (Médici, 1995). Estas medidas já têm sido experimentadas em países desenvolvidos, ainda que algumas delas tenham impacto na redução dos níveis de saúde. Como conseqüência, hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde tem produzido desperdício e elevação dos custos em proporções catastróficas. Algumas soluções vêm sendo recomendadas, pelo lado da oferta, com o propósito de ajustar a demanda dos serviços de saúde, como: tetos máximos, co-pagamentos, taxas, etc. (Médici, 1995).

Devido à proposta de saúde para todos, outorgada pela nova Constituição Brasileira de 1988, o gasto com saúde cresceu no período de 1987 a 1995, com algumas exceções intermitentes, 136%, passando de 3,3 para 14,5 bilhões de reais (valores em R\$ de dezembro de 1995), sendo esse aumento resultado, em sua maior parte, dos gastos crescentes do SUS (Sistema Único de Saúde) (Galper, 1996).

Segundo Buss (1993), houve uma importante expansão da assistência hospitalar no âmbito do SUS. De fato, de 1984 a 1991, o número de internações pagas pelo governo federal cresceu 51,8%, enquanto o crescimento estimado da população foi de apenas 3,9%, produzindo um crescimento de 285,3% nas despesas, de maneira que os gastos do sistema cresceram de US\$ 745,6 milhões em 1984 para US\$ 2,87 bilhões em 1991.

Os gastos totais, os gastos médios por internação, bem como o custo-dia variaram enormemente de região para região do país. O sudeste e o sul do país tiveram os gastos por internação superiores ao valor nacional médio, enquanto as regiões norte e nordeste ficaram com quantias mais baixas da que a média nacional (Buss, 1993).

O Sistema Único de Saúde efetua os reembolsos às unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas contratadas para prestação de serviços, de forma crescente, a partir de tabelas de procedimentos do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde) e das AIHS (Autorização de Internações

Hospitalares). Essa modalidade de desembolso significou um avanço em relação ao modelo anterior usado, por exemplo, na época da Guia de Internação Hospitalar, que funcionava como um cheque em branco a favor do provedor.

É verdade que os valores pagos pelo SUS para muitos procedimentos são considerados irrisórios, e, portanto aviltantes para o exercício profissional médico, não reparando devidamente os custos correntes incorridos e obviamente não remunerando o capital instalado. Essa situação pode até, talvez, funcionar como um indutor de fraude ao SUS, visto que os níveis ínfimos de retribuição percebida podem levar as instituições contratadas à insolvência financeira. (Buss, 1993).

A escassez de recursos para a saúde restringe a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos e, portanto, exige uma série de decisões que consistem em alocar bem estes recursos, fundamentalmente, em selecionar quais serão os beneficiários do sistema público de saúde e quais os serviços que poderão ser oferecidos.

O Sistema de Saúde Brasileiro é pluralista, isto verificamos nas quatro principais formas de acesso da população aos serviços de saúde, que são: acesso universal, gratuito, financiado com recursos públicos; segmento de planos e seguros privados de saúde, financiado pelas famílias ou empresas (empregadores); segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, financiado com recursos públicos e contribuições dos próprios servidores, os chamados sistemas de “clientela fechada”; segmento autônomo, de provedores privados, com acesso direto mediante pagamento.

O Brasil não tem um sistema de contas nacionais em saúde, sabe-se mais sobre os gastos públicos e muito pouco sobre os privados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2004, que no Brasil se gastava em torno de 7,6% do PIB (Produto Interno Bruto) com saúde, que o gasto privado responderia por 54,7% do gasto total e que o gasto direto das famílias atingiria cerca de 35% do gasto total em saúde, ou ainda, 64,2 do total do gasto privado [OMS, 2004 (IPEA 2004)].

Quadro 1: Gasto Nacional em Saúde: percentual do PIB, per capita e participação público e privado: estimativas para 2003

PAÍS	% PIB	Per Capita	Índice	%	%
		Em saúde ¹	Brasil: 100	Público	Privado
Alemanha	11,1	3.001	503	78,2	21,8
Brasil	7,6	597	100	45,3	54,7
Espanha	7,7	1.853	310	71,3	28,7
EUA	15,2	5.711	957	44,6	55,4
Reino Unido	8,0	2.389	400	85,7	14,3

Fonte: OMS 2006 [IPEA (2006)]

(1) Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP).

Entretanto, nosso PIB (Produto Interno Bruto) per capita em saúde é menor e a iniciativa privada no Brasil também é maior que nos países desenvolvidos que possuem sistemas de saúde públicos e universais.

Em 2003 segundo o SIOPS (Sistema de Informações Orçamentárias sobre Políticas de Saúde), a soma de todos os gastos com saúde da União, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios, foi de 3,45% do PIB (SIOPS, 2005).

A instabilidade da destinação de recursos públicos para a política de Saúde é um problema antigo.

As Transferências a Municípios atingiram um crescimento impressionante entre 1996 e 1999, sob a NOB 01/96 (Normas de Operação Básica 01), estabilizando-se a partir daí em patamar elevado de recursos. Apesar da importância da NOB 01/93, para o avanço da descentralização, foi indubitavelmente a aprovação da NOB 01/96 que intensificou tal processo, sobretudo por meio dos repasses do Piso da Atenção Básica – PAB Fixo – e dos repasses destinados a programas incentivados – PAB Variável. Também cresceu o número de municípios que se habilitaram à gestão plena de seus sistemas municipais. Estes dois movimentos constituem a principal explicação para o significativo incremento dos repasses do Ministério da Saúde para a esfera

municipal, que saltaram de R\$ 3,9 bilhões em 1996 para R\$ 14,4 bilhões em 2001. (RIBEIRO et al, 2006)

Outra situação foi não ter sido estipulada a proporção do orçamento geral da União que deveria ser alocada ao Setor Saúde, ao contrário do que ocorreu com a Educação, que garantiu 18% da receita tributária. Desta forma, a dotação para a saúde é variável, dependendo de negociações técnicas e sobretudo políticas a definição do quanto de recursos será disponibilizado para o setor. (Médici, 1995).

A Constituição de 1988 estabeleceu nas Disposições Transitórias, a vinculação de trinta por cento nos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). A partir daí a lei definiria a cada ano, qual seria o percentual aplicado na saúde, mas isto nunca foi realizado.

Mais tarde em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da política de saúde, o que provocou uma situação de incerteza no setor. Com isso, houve novas buscas e tentativas para financiamento da saúde, como a contratação de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e a criação do “Imposto sobre o Cheque”, em 1994, posteriormente transformado na CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira), que durou até 2007.

A partir desse momento o legislativo tentou por diversas formas, regulamentar o financiamento do Sistema de Saúde. O último dispositivo foi o Projeto de Emenda Constitucional (PEC Aglutinativa 86-A), que depois de aprovado pela Câmara de Deputados e pelo Senado, foi transformado na Emenda Constitucional n.º 29 (EC 29), em agosto de 2000.

Com a Emenda Constitucional 29 (EC 29) a saúde pode ser administrada como uma “EMPRESA”, estabelecendo parâmetros e decisões administrativas que irão se tornar o norte para os gestores. A EC 29 estabelece a vinculação de recursos orçamentários da União, Estados e Municípios para despesas com saúde. (IPEA, 2000).

Para os Estados e Municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deveriam chegar a 12% e 15% em 2004, respectivamente. Para o

ano de 2000 um percentual mínimo de aplicação seria de 7% como ponto de partida. Para a União o repasse dos recursos federais ficaria vinculado à variação anual do PIB.

O objetivo da Emenda Constitucional n.º 29 era garantir recursos estáveis para a Saúde, diante das oscilações no volume dos gastos públicos. O novo desenho do financiamento da saúde fundamentou-se no aumento da participação de Estados e Municípios. Ao exigir mais participação dos níveis estaduais e municipais do financiamento da saúde, os estados e municípios fortaleceram suas responsabilidades no arranjo que sustenta o SUS, como destacou Biasoto Júnior:

“... a Emenda Constitucional n.º 29 tem um papel crucial na ampliação do gasto em saúde (...). No entanto, vale frisar a importância da EC no sentido de reforçar as ações de saúde numa situação de competência concorrente das três esferas de governo. De um lado, a fixação de recursos mínimos para aplicação dos Estados serve como catalisador da discussão, que já vem sendo conduzida, sobre a necessidade da esfera estadual assumir maiores obrigações dentro da gestão do SUS, notadamente na alta e média complexidade e na articulação regional do sistema. De outro lado, a fixação de recursos mínimos a serem aplicados por cada uma das municipalidades trabalha no sentido de abolir a prática identificada em certas regiões, onde alguns municípios, mais comprometidos com o SUS, acabavam assumindo a atenção à saúde de cidadãos de outros municípios”.(Biasoto Jr, 2003)

A EC 29 também tem aspectos negativos. Conforme Dain (2001). Seriam três problemas: abandono do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que previa solidariedade no financiamento das áreas que o compõem: Previdência Social, Saúde e Assistência Social; abandono da trajetória dos recursos de saúde em relação ao crescimento da arrecadação das contribuições sociais – que tem sido muito mais veloz; a vinculação ao PIB nominal, que se torna um sério problema em processos de estagnação econômica.

Dados do SIOPS demonstram maior participação dos níveis estaduais e municipais, mas a nível federal não se confirmaram as expectativas.

Quadro 2: Despesas com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo em percentual do Produto Interno Bruto, 2000 a 2003 .

	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
	Em % do PIB				Índice 2000 = 100			
União	1,85	1,87	1,84	1,75	100,0	101,1	99,5	94,6
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79	100,0	121,1	134,4	138,6
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91	100,0	114,9	129,9	135,8
Total	3,09	3,34	3,48	3,45	100,0	108,1	112,5	111,7

Fonte: SIOPS (2005).

No ano de 2003, dos 3,45% do PIB, o governo federal respondeu por 50,7% do total, os Estados por 22,8% e os Municípios 26,5%. Em 1995 segundo estimativas do IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada), a situação era bastante diferente: a União respondia por 63,0% dos recursos públicos destinados a saúde, os Estados por 20,7% e os Municípios por 16,4% (FERNANDES et al, 1998).

Embora a EC 29 regulamente o financiamento da Saúde, muitos Estados e a própria União não tem cumprido com sua parte no novo sistema.

As ações de transferência direta de renda tem sido outro grande problema. Mesmo após a unificação dos programas federais na Bolsa Família, parte considerável dos gastos deste programa continua sendo contabilizada no âmbito do Ministério da Saúde, que sequer participa da gestão destes recursos. (RIBEIRO et al, 2006).

Em 2006, o conflito continua, e mais uma vez se amplia. A dotação inicial total prevista pelo Projeto de Lei Orçamentária para o Ministério da Saúde para o corrente exercício é de R\$ 43,6 bilhões. Excluindo-se os gastos com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações da Dívida, e com o Fundo de Combate a Pobreza, temos uma primeira aproximação da dotação inicial para Ações e Serviços Públicos de Saúde: R\$ 40,0 bilhões, de acordo com os critérios estabelecidos pela LDO. (SIOPS 2005b)

Em maio de 2000 foi promulgada a Lei Complementar 101/2000, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a qual estabeleceu uma nova conduta aos gestores públicos, mostrando a necessidade de valorizar as receitas e gerir as despesas com prudência. (Guedes, 2001).

A grande inovação foi o conceito de gestão fiscal, com o propósito de promover a ação planejada e transparente, fazendo com que o planejamento evitasse os deslizes que poderiam prejudicar as contas públicas. A novidade era a busca do equilíbrio financeiro que permitiria o reordenamento das finanças possibilitando maior visão gerencial e aumentando a capacidade de investimentos. (Mendes & Catanzaro, 2001).

Os principais objetivos da LRF podem ser apresentados em cinco pontos: 1) Valorização do processo orçamentário e do planejamento; 2) Atribuição de novas funções para a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA); 3) Discussão e elaboração, com a participação popular, inclusive audiências públicas, assegurando-se, dessa forma, maior transparência da gestão governamental; 4) Estabelecimento de metas, limites e condições para a gestão das receitas e das despesas, especialmente as de pessoal; 5) Determinação de prazos para atender os limites previstos ou, no caso de ultrapassá-los, retornar aos níveis aceitáveis. (Mendes & Catanzaro, 2001).

Para atingi-los a administração pública apresenta alguns princípios: Planejamento, transparência, controle e responsabilização.

Planejamento: criação de novas informações, metas, limites e condições para a renúncia da receita, geração de despesas, despesas com pessoal, despesas da seguridade, dívidas, operações de crédito, Antecipação da Receita Orçamentária (ARO), concessão de garantias.

Transparência: uso da internet e exigência de cinco novos relatórios de acompanhamento da gestão fiscal: Anexo de Política Fiscal; Anexo de Metas Fiscais; Anexo de Riscos Fiscais; Relatório Resumido da Execução Orçamentária; e Relatório de Gestão Fiscal.

Controle: é exercido por meio da maior transparência e qualidade das informações, exigindo uma ação fiscalizadora mais efetiva e contínua dos Tribunais de Contas.

Responsabilização: ocorrerá sempre que houver o descumprimento das regras, com a suspensão das transferências voluntárias, garantias e contratação de operações de crédito, inclusive ARO (Antecipação da Receita Orçamentária). Os responsáveis sofrerão as sanções previstas no Código Penal e na Lei de Crimes de Responsabilidade Fiscal. (Mendes & Catanzaro, 2001).

A aprovação da LRF contribui para o aprimoramento do processo orçamentário, uma vez que o planejamento tornou-se um instrumento essencial para determinar quais são as prioridades nos recursos, seja como receitas ou despesas.

O planejamento reforça as atribuições e a conexão entre os instrumentos orçamentários, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA). O processo de elaboração destes instrumentos devem contar com a participação da comunidade, garantida inclusive por meio de audiências públicas, contribuindo para a visibilidade da gestão governamental. (Mendes & Catanzaro, 2001).

Quadro 3: PLANO SOCIAL E FISCAL – síntese das principais características dos instrumentos orçamentários

PPA	Programas, objetivos, metas e indicadores para 4 anos (Cenário social e fiscal prospectivo / Declaração de compromissos – Executivo / Legislativo / Princípios da responsabilidade fiscal).
LDO	Programas, objetivos, metas e indicadores para 3 anos, quantificado receitas, despesas, resultados primário e nominal e dívida e normas, disciplinando o endividamento público, a criação de despesas e gastos com pessoal.
LOA	Programas, objetivos, metas e indicadores anuais, visando a alocação de recursos, de forma que se configure em eficaz peça de controle e indicador de ajustamento social e fiscal.

Fonte: Siafi/Sidor para gasto federal; IBGE/Decna para gestão estadual e municipal. Elaboração: IPEA/Disoc.

Estes instrumentos, PPA, LDO e LOA, são leis que exprimem, em termos financeiros, a melhor alocação dos recursos públicos. São instrumentos de planejamento que mostram as decisões políticas. Estes instrumentos não devem ser utilizados apenas para a regulação das Receitas e Despesas, com o intuito de apenas prestar contas. Não há como construir o processo orçamentário sem antes definir programas, objetivos, metas e indicadores de avaliação, isto é, sem planejar. (Mendes & Catanzaro, 2001).

A gestão responsável não se resume apenas nos gastos e nas receitas. O desejado equilíbrio depende de planejamento e ações nos dois lados da balança: diminuir gastos, sim, mas promover ao mesmo tempo a racionalização e o aumento das receitas. Isso significa elaborar previsões, modernizar a arrecadação. Diminuir conseqüentemente a sonegação, etc. (Mendes & Catanzaro, 2001).

A gestão do sistema ao longo desses vinte anos do SUS com direção única em cada esfera de governo, de gestão pactuada entre as três esferas (Tripartite e Bipartite), de descentralização radical de competências, de criação dos Fundos de Saúde e repasses Fundo a Fundo, dos Conselhos de Saúde na gestão estadual e municipal, pouco estabeleceu sobre a gestão e gerencia cotidianas das unidades prestadoras de serviços. (Mendes, 2001).

JUSTIFICATIVA:

Há poucos trabalhos que enfocam a gestão financeira da saúde como objeto de estudo para uma reflexão que permita conhecer o processo financeiro e sua inserção na gestão de saúde dos municípios. Um aspecto inicial a considerar é o grau de conhecimento dos gestores municipais de saúde sobre este processo. Este é o principal enfoque do presente trabalho que visa contribuir para uma maior participação dos gestores municipais da saúde na administração dos recursos financeiros e na supervisão dos gastos e prestação de contas.

.....OBJETIVOS

Conhecer e analisar os modelos de Gestão financeira da saúde nos Municípios da DRS VI – Bauru a respeito de:

- Processo de elaboração do orçamento.
- Processo de execução orçamentária financeira
- Mecanismos de acompanhamento e controle desses processos.

MATERIAL E MÉTODO

- **Local do estudo:**

Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI. Este abrange parte da região centro-oeste do Estado de São Paulo, com uma população total , estimada para 2006, de 1.646.604 habitantes (IBGE). Passou a englobar as antigas regiões de saúde de Avaré – Bauru – Jaú – Lins e Botucatu (Pólo da Cuesta), conforme apresenta a primeira figura. São, no total, 68 Municípios, com densidade populacional que varia de menos de 5.000 habitantes a mais de 200.000 habitantes, conforme demonstra a segunda figura.

- **Amostragem:**

Procedeu-se à amostragem de conveniência, levando-se em conta a acessibilidade geográfica para a pesquisa e considerando a densidade populacional dos 68 municípios da DRS VI – Bauru, que permitisse entrevistar os Gestores municipais de saúde de pelo menos 20% dos municípios com menos de 10 mil habitantes e de 20 a 30 mil habitantes, que estão em maior número, até 100% dos municípios mais populosos que são em pequeno número.

Tabela 1: Municípios da amostra, segundo o tamanho populacional. DRS VI

Quantidade de Municípios	População	N.º Municípios a serem visitados	Cobertura prevista
32	Menores de 9.999	05	20%
16	De 10.000 a 19.999	07	25%
08	De 20.000 a 29.999	03	30%
06	De 30.000 a 49.999	02	50%
03	De 50.000 a 99.999	02	60%
02	De 100.000 a 299.999	02	100%
01	Acima de 300.000	01	100%
68	TOTAL	22	30%

REGIÕES DE SAÚDE DRS VI – BAURU

Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo
Macro Região de Bauru (DRS VI), respectivas regiões e municípios.

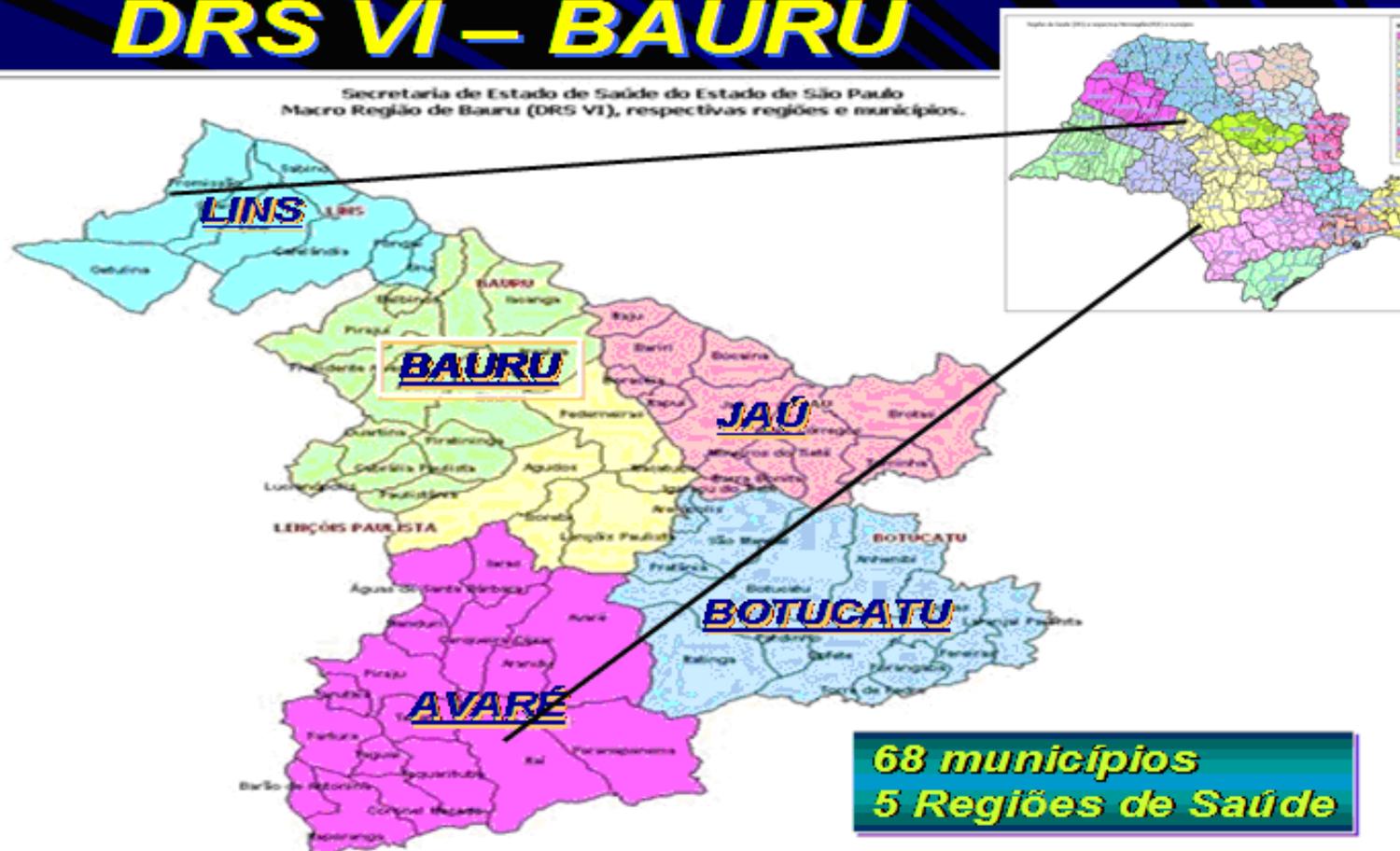
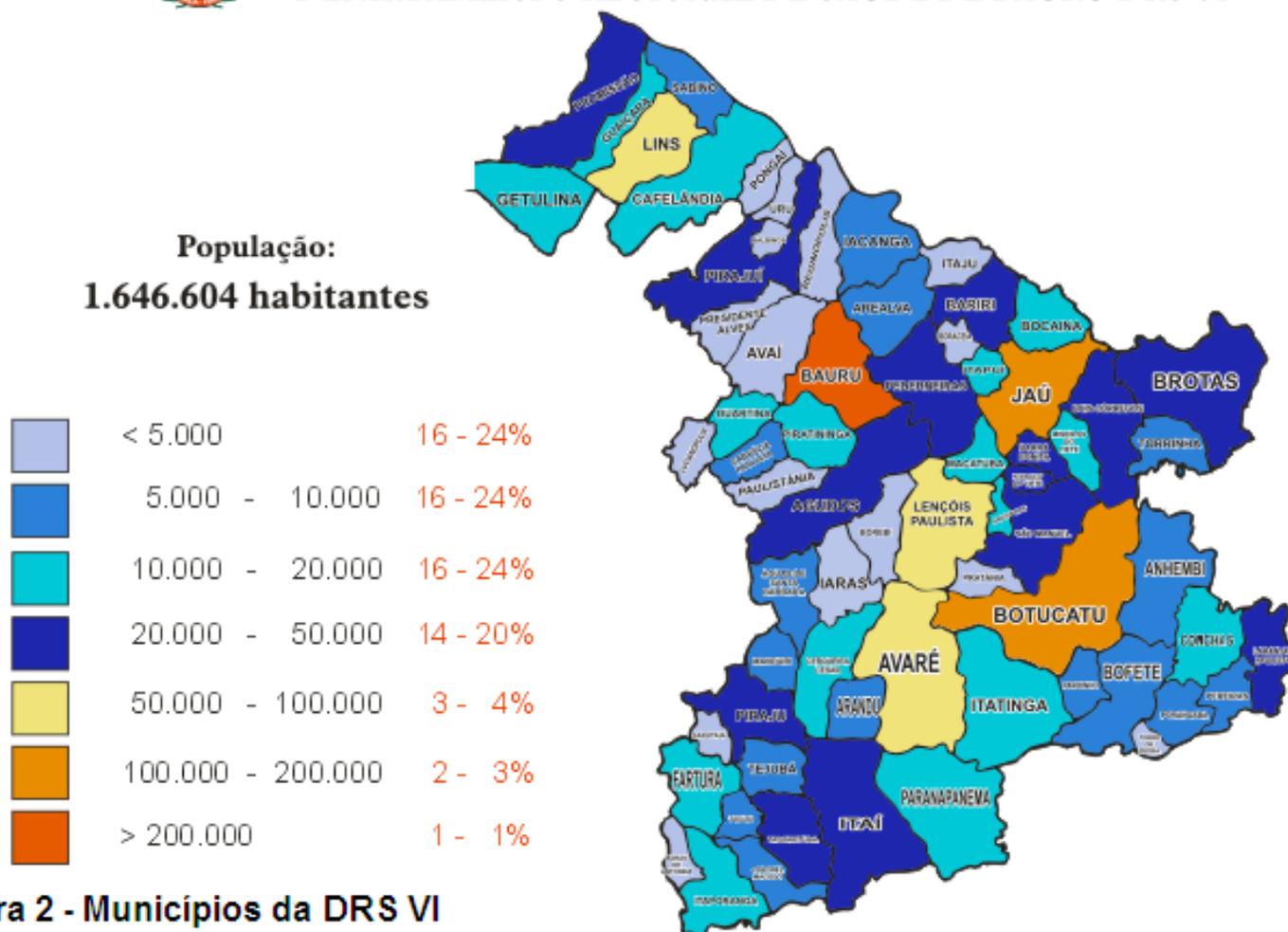


Figura 1 - Regiões de Saúde da DRS VI



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE BAURU-DRS VI



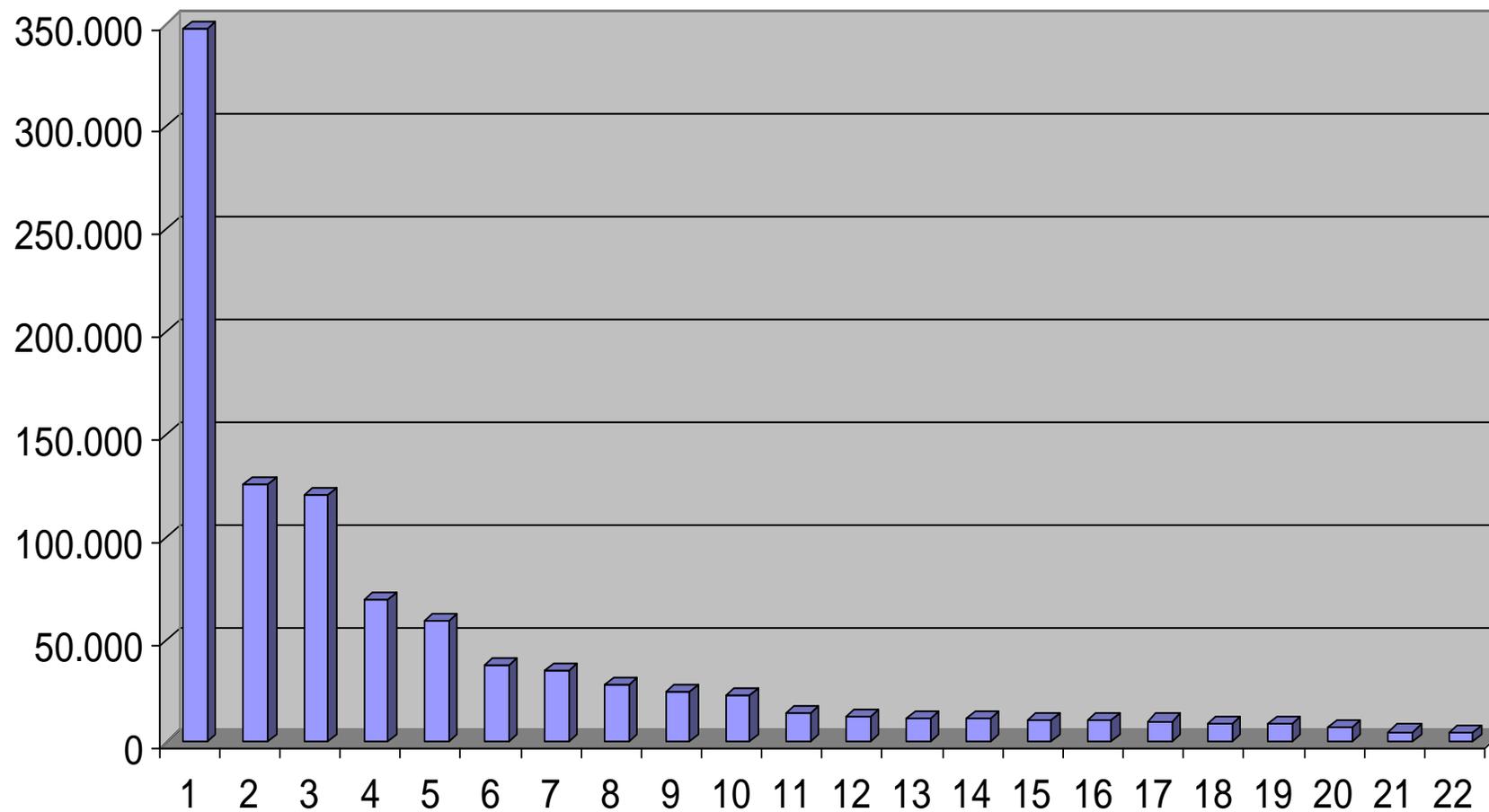


FIGURA 3 - POPULAÇÃO MUNICÍPIOS DA DRS VI BAURU. 2006

- **Instrumento:**

Foi elaborado questionário específico com perguntas fechadas e algumas abertas a serem respondidas pelos gestores de saúde dos 22 (vinte e dois) municípios selecionados, conforme anteriormente descrito. As questões elaboradas enfocam as informações financeiras, orçamentárias e administrativas dos municípios e a participação dos Conselhos Municipais na fiscalização da gestão financeira. O questionário foi testado e, após algumas correções na formulação das perguntas, aplicado pessoalmente pelo pesquisador, junto aos Secretários Municipais de Saúde dos Municípios selecionados.

- **Variáveis estudadas:**

1. População de cada município estudado (2006);
2. Gasto municipal com saúde em relação ao orçamento geral do município, no biênio: 2005-2006;
3. Transferências intragovernamentais com relação ao gasto total em saúde, no biênio: 2005-2006;
4. IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de cada município estudado (2006) – Indicador composto pelos seguintes indicadores: Esperança média de vida; taxa de Alfabetização; taxa de Escolarização;
5. Orçamento municipal per capita;
6. Gasto municipal em saúde per capita;

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2003.

As fontes utilizadas para o estudo das variáveis foram: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde e DATASUS – Departamento de Informática do SUS.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (Ofício nº432/2007 de:05/11/2007)

RESULTADOS

Tabela 2: Distribuição da população, orçamento e gastos com saúde, segundo os municípios. DRS VI ,2005-2006.

Municípios DRS VI	POPULAÇÃO	IDH	GASTO MUNICIPAL SAÚDE / ORÇAMENTO GERAL DO MUNICÍPIO (6) 2005	TRANSF INTRA-GOVERNAMENTAIS /GASTO TOTAL EM SAÚDE (7) 2005	GASTO TOTAL COM SAÚDE / POPULAÇÃO (8) 2005	ORÇAMENTO MUNICIPAL / POPULAÇÃO (9) 2005	GASTOS MUNICIPAL SAÚDE / ORÇAMENTO GERAL DO MUNICÍPIO (6) 2006	TRANSFERÊNCIAS INTRAGOVERNAMENTAIS / GASTO TOTAL EM SAÚDE (7) 2006	GASTO TOTAL COM SAÚDE / POPULAÇÃO (8) 2006	ORÇAMENTO MUNICIPAL / POPULAÇÃO (9) 2006	ORÇAMENTO MUNICIPAL: % GASTO COM SAÚDE (6) % MÉDIA BIÊNIO	TRANSFERÊNCIAS INTRAGOVERNAMENTAIS: % TOTAL DE GASTOS EM SAÚDE (7) % MÉDIA BIÊNIO	GASTO COM SAÚDE PERCAPITA (8) MÉDIA BIÊNIO	ORÇAMENTO MUNICIPAL PERCAPITA (9) MÉDIA BIÊNIO
1	347.601	0,825	20,28	18,69	104,07	513,17	19,67	19,68	114,48	582,06	19,96	19,24	109,28	547,62
2	125.469	0,819	19,82	22,81	99,16	500,39	20,93	22,40	127,00	606,68	20,43	22,58	113,08	553,54
3	120.800	0,822	15,24	24,60	95,09	624,15	15,23	24,27	108,43	711,77	15,23	24,43	101,76	667,96
4	69.279	0,827	16,95	52,47	85,70	505,62	17,62	47,91	107,81	611,82	17,32	50,00	96,75	558,72
5	59.366	0,813	16,68	33,48	127,58	764,95	15,99	33,95	140,16	876,63	16,31	33,73	133,87	820,79
6	37.797	0,809	20,69	36,30	143,13	691,83	22,80	36,30	176,47	774,14	21,80	36,30	159,80	732,98
7	35.090	0,820	20,95	8,89	173,04	825,96	18,58	13,78	163,41	879,68	19,73	11,34	168,22	852,82
8	28.228	0,791	18,78	25,90	129,38	689,00	16,91	32,52	131,68	778,48	17,79	29,40	130,53	733,74
9	24.384	0,786	18,44	15,30	124,55	675,48	18,13	19,43	133,08	734,09	18,28	17,52	128,81	704,79
10	23.085	0,770	20,13	15,83	86,94	431,93	23,12	12,81	109,90	475,29	21,70	14,17	98,42	453,61
11	14.284	0,709	16,32	35,41	96,26	589,89	16,63	40,54	108,93	655,14	16,48	38,20	102,60	622,51
12	12.381	0,775	24,14	23,47	148,53	615,30	21,87	27,71	147,48	674,26	22,96	25,70	148,01	644,78
13	11.605	0,774	21,00	19,42	145,20	691,25	24,33	29,66	190,35	782,42	22,77	25,57	167,77	736,84
14	11.287	0,797	18,89	9,92	142,29	753,08	20,15	15,24	167,18	829,54	19,55	12,88	154,74	791,31
15	10.515	0,770	14,98	16,95	114,03	761,20	15,13	15,35	129,24	854,02	15,06	16,10	121,64	807,61
16	10.357	0,778	16,31	11,99	113,35	694,80	18,69	19,28	149,56	800,23	17,59	16,29	131,46	747,51
17	10.299	0,807	15,1	11,59	170,11	1.126,91	15,57	19,88	183,80	1.180,21	15,34	16,15	176,96	1.153,56
18	9.074	0,779	17,49	10,39	136,76	781,90	18,94	20,24	173,57	804,94	19,56	16,17	155,17	793,42
19	8.918	0,810	12,44	11,99	87,80	705,65	17,48	19,28	145,44	831,80	15,17	16,29	116,62	768,73
20	7.504	0,790	15,45	16,15	128,46	831,42	15,03	11,97	137,79	916,84	15,23	13,55	133,13	874,13
21	5.150	0,792	18,51	6,86	208,16	1.124,85	19,20	10,05	243,11	1.266,41	18,87	8,61	225,63	1.195,63
22	4.777	0,742	19,27	19,59	225,87	1.172,28	20,15	32,28	262,30	1.301,65	19,73	26,90	244,09	1.236,97

A Tabela 2 mostra o tamanho populacional dos 22 municípios estudados, na ordem decrescente e o respectivo IDH, o percentual do orçamento municipal gasto em saúde, o percentual da transferência intra-governamental em relação ao gasto com saúde e o valor per capita do orçamento municipal nos anos de 2005 e 2006 e na média do biênio.

A opção pelos percentuais médios do biênio 2005 e 2006 foi para reduzir a influência das oscilações, para mais ou para menos, dos percentuais anuais dos gastos municipais com saúde e das transferências intra-governamentais em anos sucessivos. Tais oscilações nos percentuais não necessariamente representam aumento ou redução dos gastos com saúde pois são influenciados por fatores diversos, entre eles: tamanho da arrecadação, inflação, decisões políticas.

Os municípios com maior número de habitantes apresentam, de uma maneira geral, os melhores IDH. Podia-se esperar que, por isso, os municípios menores apresentassem maior aplicação em saúde e/ ou recebessem maiores transferências intra-governamentais visando melhorar o IDH. Entretanto, os resultados não mostram esta relação.

Por outro lado, não verificamos valores maiores do orçamento municipal per capita e do gasto com saúde per capita nos municípios maiores, mais desenvolvidos, aos quais compete a prestação dos serviços de média e alta complexidade, em relação aos municípios menores, menos desenvolvidos, geralmente responsáveis apenas pelos serviços básicos de saúde.

Tabela 3 Valores executados (*) pela saúde e participação municipal DRS VI. Biênio 2005-2006.

Municípios DRS VI Bauru	Média Biênio			Média Biênio		
	Executado pela saúde (A)*	Transf. p/ saúde Fed. Est.(B)*	% B/A	Receita Total do Município (A)*	Gasto Municipal c/ Saúde (B) *	% B/A
1	49.769	9.575	19,24	190.352	37.986	19,955
2	18.328	4.139	22,58	69.452	14.189	20,429
3	16.267	3.974	24,43	80.690	12.293	15,234
4	14.098	7.050	50,00	38.708	6.703	17,317
5	11.994	4.045	33,73	48.727	7.948	16,31
6	8.493	3.083	36,30	27.705	6.040	21,802
7	6.659	755	11,34	29.926	5.903	19,726
8	5.220	1.535	29,40	20.712	3.685	17,789
9	4.099	718	17,52	17.186	3.141	18,277
10	2.650	376	14,17	10.472	2.272	21,697
11	2.519	962	38,20	8.892	1.466	16,481
12	2.535	652	25,70	7.983	1.833	22,955
13	2.617	669	25,57	8.551	1.947	22,769
14	2.011	259	12,88	8.932	1.747	19,554
15	1.578	254	16,10	8.492	1.279	15,061
16	1.627	265	16,29	7.742	1.362	17,586
17	2.362	382	16,15	11.881	1.823	15,34
18	1.676	271	16,17	7.200	1.408	19,557
19	1.627	265	16,29	6.856	1.040	15,17
20	1.240	168	13,55	6.560	999	15,23
21	1.272	110	8,61	6.158	1.162	18,871
22	1.680	452	26,90	5.909	1.166	19,733
(*) por 1.000 reais						

A Tabela 3, apresenta os valores executados pela saúde municipal (A), as transferências intra-governamentais (B) e o percentual de B/A do biênio: 2005 / 2006 dos 22 municípios do DRS VI. Observamos que quatro dos municípios estudados apresentaram, no biênio, um percentual dos recursos transferidos de outras esferas do governo bem maior que os demais. Os municípios nº. 4 e 5 (50,00% e 33,73%) possuíam, no período estudado, Gestão Plena da Atenção à Saúde, o que justificaria as maiores transferências de recursos. Entretanto, os municípios nº.6 e 11 (36,30% e 38,20%) e também alguns outros com percentual acima 20%, não possuíam a gestão plena, podendo este maior percentual ser devido a programas como: Estratégia da Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, possíveis emendas de parlamentares e termos aditivos do Estado, entre outros.

Os percentuais da receita municipal de gastos com saúde, superaram os 15% previstos na EC 29 em todos os municípios no biênio estudado.

Não houve associação clara com o tipo de gestão, se plena ou não, com a maior ou menor complexidade dos sistemas de saúde, com o tamanho populacional ou com a arrecadação municipal.

Tabela 4: Procedência e suficiência dos recursos financeiros das secretarias municipais de saúde, segundo agrupamentos dos municípios por tamanho populacional. DRS VI, 2006.

1) Os atuais recursos destinados a Secretaria Municipal de Saúde são provenientes de:	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	De 100.000 a 299.999	Acima de 300.000	TOTAL	
								N	%
(1) Receitas próprias do município	5	7	3	2	2	2	1	22	100
(2) Transferências do governo federal	5	7	3	2	2	2	1	22	100
(3) Transferências do governo estadual	5	7	3	2	2	2	1	22	100
(4) Outras. Quais?	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2) Nos últimos 5 anos os recursos destinados a Secretaria Municipal de Saúde são suficientes para cobrir todas despesas com saúde:									
(1) são suficientes	2	-	-	-	-	-	-	2	9,09
(2) não são suficientes	3	6	2	2	2	2	1	18	81,8
(3) as vezes são suficientes e outras vezes não	-	1	-	-	-	-	-	1	4,55
(4) depende da arrecadação do município	-	1	-	-	-	-	-	1	4,55
(5) A arrecadação do município não se destina à saúde.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(6) Outras. Quais?	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de municípios visitados	5	7	3	2	2	2	1	22	100

A Tabela 4 apresenta as respostas dadas pelos gestores municipais às questões 1 e 2 do questionário. Pelas informações coletadas 100% dos gestores municipais conheciam as fontes dos recursos financeiros. Para 81,8% dos gestores os recursos destinados a saúde eram insuficientes; apenas para 2 entrevistados tais recursos eram suficientes.

Tabela 5: Percentual médio das transferências intra-governamentais na receita da saúde, por município, no biênio 2005 – 2006, DRS VI – Bauru

3) As transferências intra-governamentais(federais e estaduais), representam quantos por cento da receita total destinada a saúde (2005/2006). Valores por 1.000 Reais.			
Município	Executado pela saúde (a)	Transf. p/ saúde Fed. Est.(b)	% B/A
1) (pop 347.601 hab)	99.538	19.150	19,24
2) (pop 125.469 hab)	36.656	8.278	22,58
3) (pop 120.800 hab)	32.533	7.947	24,44
4) (pop 69.279 hab)	28.196	14.099	50,00
5) (pop 59.366 hab)	23.987	8.090	33,73
6) (pop 37.797 hab)	18.625	6.544	35,14
7) (pop 35.090 hab)	13.317	1.510	11,34
8) (pop 28.228 hab)	10.440	3.069	29,40
9) (pop 24.384 hab)	8.197	1.436	17,52
10) (pop 23.085 hab)	5.300	751	14,17
11) (pop 14.284 hab)	5.037	1.924	38,20
12) (pop 12.381 hab)	5.070	1.303	25,70
13) (pop 11.605 hab)	5.233	1.338	25,57
14) (pop 11.287 hab)	4.022	518	12,88
15) (pop 10.515 hab)	3.155	508	16,10
16) (pop 10.357 hab)	3.253	530	16,29
17)(pop 10.299 hab)	4.723	763	16,15
18)(pop 9.074 hab)	3.352	542	16,17
19) (pop 8.918 hab)	3.253	530	16,29
20)(pop 7.504 hab)	2.480	336	13,55
21) (pop 5.150 hab)	2.544	219	8,61
22) (pop 4.777 hab)	3.360	904	26,90
Total de municípios visitados 22.			

A respeito da pergunta 3 do questionário (Tabela 5): “*As transferências intra-governamentais (federais e estaduais), representam quantos por cento da receita total destinada a saúde?*”, os gestores municipais não demonstraram conhecimento sobre este percentual nem facilidade em obtê-lo, ficando a pergunta sem resposta em 100% dos casos. As informações da tabela 5 foram obtidas do SIOPS no site do DATASUS pelo pesquisador.

Tabela 6: Procedimentos utilizados para o cumprimento da EC 29, segundo agrupamento dos municípios pelo tamanho populacional , DRS VI 2005 – 2006.

4) Quais foram os procedimentos utilizados em seu município para obter recursos destinados ao cumprimento da EC 29?	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	De 100.000 a 299.999	Acima de 300.000	TOTAL	
								N	%
(1) Ocorreu aumento na cobrança do IPTU.	-	3	1	-	-	1	1	6	27,27
(2) Não ocorreu nenhuma mudança na arrecadação.	2	3	2	1	1	-	-	9	40,90
(3) Foi necessário diminuir as despesas com outros secretarias.	2	1	-	1	1	1	-	6	27,27
(4) Outros. Quais? _____	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(5) Não respondeu	1	-	-	-	-	-	-	1	4,54
Total de municípios visitados	5	7	3	2	2	2	1	22	100,0

As respostas à pergunta 4 (Tabela 6), sobre o que ocorreu para conseguir manter o cumprimento da EC 29, foram: que não houve nenhuma mudança na arrecadação em 9 municípios (40,90%), houve aumento da cobrança do IPTU em 6 municípios (27,27%) e houve reduções das despesas com outras secretarias em 6 (27,27%) municípios.

Tabela 7: Contribuição percentual média da receita municipal na saúde, por município, no biênio 2005 – 2006.

5) Quantos por cento da receita total do município são aplicados na saúde: valores em R\$ 1.000			
Total Receitas do Município Biênio 2005 / 2006	Receita Total Saúde EC 29 (a)	Desp. c/.recursos Município Saúde (b)	% B/A Recursos Próprios
1) (pop 347.601 hab)	380.704	75.971	19,96
2) (pop 125.469 hab)	138.904	28.377	20,43
3) (pop 120.800 hab)	161.379	24.585	15,24
4) (pop 69.279 hab)	77.415	13.406	17,32
5) (pop 59.366 hab)	97.454	15.895	16,31
6) (pop 37.797 hab)	55.409	12.080	21,80
7) (pop 35.090 hab)	59.851	11.806	19,76
8) (pop 28.228 hab)	41.424	7.369	17,79
9) (pop 24.384 hab)	34.371	6.282	18,28
10) (pop 23.085 hab)	20.943	4.544	21,70
11) (pop 14.284 hab)	17.784	2.931	16,48
12) (pop 12.381 hab)	15.966	3.665	22,96
13) (pop 11.605 hab)	17.102	3.894	22,77
14) (pop 11.287 hab)	17.863	3.493	19,55
15) (pop 10.515 hab)	16.984	2.558	15,06
16) (pop 10.357 hab)	15.484	2.723	17,59
17) (pop 10.299 hab)	23.761	3.645	15,34
18) (pop 9.074 hab)	14.399	2.816	18,21
19) (pop 8.918 hab)	13.711	2.080	15,17
20) (pop 7.504 hab)	13.119	1.998	15,23
21) (pop 5.150 hab)	12.315	2.324	18,87
22) (pop 4.777 hab)	11.818	2.332	19,73

A respeito da pergunta 5 do questionário (Tabela 7): “*Quanto por cento da receita total do município é aplicado na saúde?*”. os gestores municipais não mostraram conhecimento exato deste percentual, entretanto alguns informaram o valor aproximado da aplicação de recursos próprios municipais na saúde. Os dados que constam da tabela 7 foram obtidos do SIOPS no site do DATASUS pelo pesquisador.

Tabela 8: Conhecimento dos gestores municipais sobre os tributos relacionados com a saúde. DRS VI 2005 – 2006.

6) Quais são os tributos considerados para o calculo do percentual a ser aplicado na Saúde seu município:	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	De 100.000 a 299.999	Acima de 300.000	TOTAL
(1) IPTU	4	7	2	2	2	2	1	20
(2) ISS	4	5	2	2	2	2	1	18
(3) TAXAS COM PODER DE POLÍCIA	-	1	-	-	-	-	-	1
(4) DIVÍDA ATIVA DO IPTU	2	4	1	-	1	2	1	11
(5) DÍVIDA ATIVA DO ISS	2	2	-	-	1	2	1	8
(6) DÍVIDA AT. DE OUTROS TRIBUTOS	1	1	-	2	-	-	1	5
(7) ITBI	-	2	-	-	1	2	1	6
(8) IRRF	-	3	-	-	1	2	1	7
(9) ITR	-	2	-	-	1	2	1	6
(10) IPVA	2	5	2	2	2	2	1	16
(11) ICMS	2	6	2	2	1	2	1	16
(12) FPM	2	3	-	2	1	2	1	11
(13) IPI EXPORTAÇÃO	-	3	-	2	1	2	1	9
(14) LEI KANDIR DES.ICMS	-	1	-	-	1	2	-	4
(15) MULTAS DE TRANSITO	-	1	-	-	-	-	1	2
(16) MULTAS DIVERSAS	-	-	-	-	1	-	1	2
(17) TAXA DE SEPULTAMENTO	-	1	-	-	-	-	-	1
(18) OUTROS. QUAIS? _____	-	1	-	-	-	-	-	1
(19) NÃO RESPONDEU	-	-	-	-	-	-	-	0
Total Municípios Visitados	5	7	3	2	2	2	1	22

A Tabela 8 traz as respostas dos gestores municipais a respeito de quais tributos contribuem para a saúde (Pergunta 6). Dos 22 gestores municipais apenas 3 (13,63%) responderam ao total dos tributos envolvidos: IPTU, ISS, Dívida ativa do IPTU e do ISS, ITBI (Impostos de Transmissão de Bens Imóveis Inter-Vivos), IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte), ITR (Imposto Territorial Rural), IPVA (Imposto de Veículos Automotores), ICMS (Imposto Circulação de Mercadorias e Serviços), FPM (Fundo de Participação dos Municípios), IPI Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados), Lei Kandir (Desoneração do ICMS).

O IPTU foi citado por 91% dos gestores, o ISS por 82%, o IPVA e o ICMS foram citados por 73% dos entrevistados demonstrando o conhecimento dos gestores em relação aos tributos que mais contribuem para o financiamento dos municípios.

Tabela 09: Conhecimento dos gestores municipais a respeito do Conselho Municipal de Saúde. DRS VI , 2005 -2006

7) Como é composto o Conselho Municipal de Saúde?	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	100.000 a 299.999	Acima de 300.000	TOTAL
Poder Público Municipal? _____	5	7	3	2	2	2	1	22
Poder Público Estadual?	5	7	3	2	2	2	1	22
Prestadores / Outros?	5	7	3	2	2	2	1	22
Trabalhadores da Saúde?	5	7	3	2	2	2	1	22
Associação de Moradores?	5	7	3	2	2	2	1	22
Sindicatos?	5	7	3	2	2	2	1	22
Outras Associações?	5	7	3	2	2	2	1	22
Associação de Portadores? _____	5	7	3	2	2	2	1	22
8) Quem é o Presidente do Conselho Municipal de Saúde?__								
1) Diretor / Secretário da Saúde	5	5	3	2	2	-	1	18
2) Prefeito	-	1	-	-	-	-	-	1
3) Membro escolhido através de eleição entre o CMS	-	1	-	-	-	2	-	3
9) Qual a periodicidade das reuniões do Conselho Municipal de Saúde: _____								
1) Mensal	3	7	2	2	2	2	1	19
2) Mensal mas não ocorre	1	-	-	-	-	-	-	1
3) Bimestral ou situações extraordinárias	-	1	-	-	-	-	-	1
4) Trimestral	1	-	-	-	-	-	-	1
10) A apresentação trimestral da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, conforme determina a Lei 8080/90 é acompanhada pelos Membros do Conselho Municipal de Saúde?								
1) Sim	5	7	3	2	2	2	1	22
Total de Municípios Visitados	5	7	3	2	2	2	1	22

As perguntas de 07 a 10 do questionário referem-se ao conhecimento dos gestores em relação ao Conselho Municipal de Saúde. Segundo as respostas da Tabela 9, a paridade foi referida por todos entrevistados (Pergunta 7).

Em 18 municípios (81,81%) os presidentes eram os próprios secretários de saúde, em 1 o presidente era o próprio prefeito e em apenas 3 municípios o presidente era eleito entre os membros do conselho (Pergunta 8). A presidência do Conselho ser exercida por um membro eleito que não seja o Secretário de Saúde é uma recomendação do Ministério da Saúde, com o objetivo de tornar mais independentes do poder Executivo as decisões do Conselho.

A periodicidade mensal das reuniões do conselho foi referida para 19 municípios (Pergunta 9).

A lei 8.080 era cumprida nos 22 municípios quanto à apresentação trimestral da prestação de contas da secretaria municipal de saúde aos respectivos conselhos de saúde (Pergunta 10).

A criação dos Conselhos Municipais de Saúde ocorreu há duas décadas. As características de composição, de periodicidade das reuniões são bem conhecidas pelos Secretários Municipais de Saúde que, na maioria das vezes, integram o Conselho e o presidem. Todas as ações da Secretaria Municipal de Saúde são validadas através de atas e deliberações, nenhum projeto pode ser encaminhado aos outros níveis de governo sem a anuência dos Conselhos Municipais de Saúde, a prestação de contas trimestral (Lei 8.080) só tem valor após ter sido apresentada para o Conselho. O Tribunal de Contas exige a paridade na composição do Conselho Municipal, assim como o ato de posse do Prefeito. O papel do Conselho Municipal de Saúde é tornar transparente a gestão da Secretaria Municipal de Saúde e legalizar suas ações.

Tabela 10: Conhecimento dos gestores municipais sobre orçamento anual. DRS VI – 2005 - 2006

11) O Orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde é elaborado por quem:	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	100.000 a 299.999	Acima 300.000	TOTAL
(1) pela própria Secretaria com participação do Cons. Municipal	2	4	-	-	2	1	1	10
(2) é realizado por outra Secretaria e depois informado ao Conselho e à S. M. de Saúde	3	3	3	2	-	1	-	12
(3) é realizado por outra Secretaria mas é informado apenas à S. M.S. e não ao CMS	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) Não é informado nem à secretaria e nem ao CMS.	-	-	-	-	-	-	-	-
(5) Outros. Quais?	-	-	-	-	-	-	-	-
12) O Orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde é aprovado por quem? _____								
1) Conselho Municipal de Saúde	-	1	-	1	-	-	1	3
2) CMS, Sec.Saúde, Vereadores	-	1	-	-	-	2	-	3
3) Prefeito	2	2	1	-	1	-	-	6
4) Legislativo	2	3	-	1	1	-	-	7
5) Sec.Finanças e Sec. Adm.	1	-	2	-	-	-	-	3
13) O Orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde é executado por quem? _____								
1) Pelo Secretário de Saúde	-	-	-	-	-	-	1	1
2) Pelo Sec./Dir.Saúde c/ ajuda Sec.Finanças	-	1	-	1	1	2	-	5
3) Contabilidade/compras/SMS	-	3	-	1	-	-	-	4
4) Sec.de Finanças Prefeitura	2	1	2	-	1	-	-	6
5) Prefeito	3	2	1	-	-	-	-	6
Total de municípios visitados	5	7	3	2	2	2	1	22

Na Tabela 10 verifica-se que a elaboração do orçamento anual da Secretaria de Saúde era da competência da própria secretaria, com participação do conselho municipal em 10 municípios e era realizada por outras secretarias e informada posteriormente ao conselho municipal nos outros 12 municípios (Pergunta 11). Verificamos que a maioria dos municípios estudados, independentemente de sua dimensão demográfica, ainda apresentam grande dependência orçamentária do poder executivo municipal. É possível que estruturas municipais pequenas e médias tenham falta de recursos humanos treinados para a administração do orçamento.

Apenas 3 dos entrevistados responderam corretamente sobre a aprovação do orçamento ser feita pelo conselho municipal de saúde, secretaria municipal de saúde e câmara dos vereadores. Dos outros 19 entrevistados, alguns sabiam parcialmente e sem certeza e outros demonstraram total desconhecimento. (Pergunta 12)

Quanto à execução do orçamento anual da SMS apenas 1 entrevistado respondeu que era competência do secretário da saúde executar o orçamento. (Pergunta 13)

Tabela 11: Conhecimento dos gestores sobre o preenchimento do SIOPS. DRS VI, 2005-2006.

14) O SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde) é preenchido:	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	De 100.000 a 299.999	Acima de 300.000	TOTAL
(1) quinzenalmente	-	-	-	-	-	-	-	-
(2) semestralmente	1	4	1	-	1	2	-	9
(3) mensalmente	-	-	-	2	1	-	-	3
(4) anualmente	1	2	1	-	-	-	-	4
(5) semestralmente/anualmente	-	1	1	-	-	-	-	2
(6) Outros. Quais? Trimestral	2	-	-	-	-	-	1	3
(7) Não respondeu	1	-	-	-	-	-	-	1
15) O SIOPS é preenchido por quem:								
(1) pelo secretário ou diretor da saúde	-	-	-	-	-	1	-	1
(2) pelo diretor financeiro da secretaria Municipal de Saúde	-	-	-	-	-	1	-	1
(3) pelo diretor financeiro do município	1	1	2	1	-	-	-	5
(4) pelo contador do município	4	4	1	1	2	-	-	12
(5) por outros. Quem? ___FMS_	-	2	-	-	-	-	1	3
Total de municípios visitados	5	7	3	2	2	2	1	22

Segundo a Tabela 11, quanto à periodicidade do preenchimento do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), os gestores de 9 municípios (40,90%) responderam corretamente ser semestral, 12 responderam diversas outras alternativas (54,55%) e 1 gestor não respondeu. (Pergunta 14)

Quanto ao preenchimento do SIOPS, apenas 1 gestor municipal respondeu ser o diretor financeiro da SMS, os demais gestores responderam diversas alternativas, sendo a mais freqüente o contador do município: 12 (54,54%). Esta última resposta foi dada mais freqüentemente pelos gestores dos municípios com menos de 20 mil habitantes. (Pergunta 15)

Tabela 12: Conhecimento dos gestores municipais sobre o PPA, DRS VI, 2005 – 2006.

16) Quem elabora o PPA – Plano Plurianual?	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	De 100.000 a 299.999	Acima de 300.000	TOTAL
(1) a secretaria municipal de saúde	-	-	-	-	1	-	-	1
(2) o conselho municipal de saúde	-	-	-	-	1	-	-	1
(3) a comunidade	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) o gestor, diretores, funcionários, conselheiros do cons. municipal e população	1	2	-	-	-	2	1	6
(5) a secretaria de finanças do município	4	4	1	1	-	-	-	10
(6) o prefeito municipal	-	-	2	1	-	-	-	3
7)Outros, Quem Eq.Planejamento	-	1	-	-	-	-	-	1
17) Ainda quanto à questão acima, quem aprova o PPA?								
1) CMS Conselho Municipal de Saúde	1	-	-	-	1	-	-	2
2) Prefeito	2	2	1	-	-	-	-	5
3) Prefeito e Câmara	-	1	1	-	-	-	-	2
4) CMS e Câmara de Vereadores	-	2	1	2	-	2	1	8
5) Legislativo	1	2	-	-	1	-	-	4
6) Não Respondeu	1	-	-	-	-	-	-	1
Total de municípios visitados	5	7	3	2	2	2	1	22

Sobre a elaboração do PPA (Plano Plurianual), Tabela 12, apenas 6 gestores responderam que os responsáveis eram: o gestor, diretores, funcionários, conselheiros do CMS e a população (27,27%), que é a resposta esperada. A maioria dos gestores responderam que era a Secretaria de Finanças do município e / ou outra instância, sugerindo novamente a concentração das decisões financeiras no poder Executivo Municipal. (Pergunta 16)

Quanto à aprovação do PPA, apenas 8 gestores (36,35%) disseram ser atribuição do conselho municipal de saúde e câmara dos vereadores, conforme determina a Lei. (Pergunta 17)

Tabela 13: Conhecimento dos gestores municipais sobre a elaboração da LDO. DRS VI, 2005-2006.

18) Quem elabora a LDO, Lei Diretrizes Orçamentárias?	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	100.000 a 299.999	Acima 300.000	TOTAL
(1) a secretaria municipal de saúde	-	-	-	-	1	1	1	3
(2) o conselho municipal de saúde	-	-	-	-	1	-	-	1
(3) a comunidade	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) a secretaria de finanças do município	5	4	3	1	-	1	-	14
(5) o prefeito municipal	-	2	-	1	-	-	-	3
(6) outros. Quais? Equipe Planejamento	-	1	-	-	-	-	-	1
Total de municípios visitados	5	7	3	2	2	2	1	22

A Tabela 13 trata de quem elabora a LDO, Lei de Diretrizes Orçamentárias (pergunta 18): 14 gestores (63,64%) responderam ser a Secretaria de Finanças do Município a responsável pela sua elaboração, demonstrando a dependência dos gestores, para dispor de informações administrativas, em relação à secretaria de finanças e outras instâncias municipais.

Tabela 14: Conhecimento dos gestores municipais sobre as requisições de compras e serviços. DRS VI, 2005-2006.

19) Quem emite as requisições de compras e serviços da SMS?	Menores de 9.999	De 10.000 a 19.999	De 20.000 a 29.999	De 30.000 a 49.999	De 50.000 a 99.999	100.000 a 299.999	Acima 300.000	TOTAL
(1) O almoxarifado da SMS.	-	1	-	-	-	1	-	2
(2) O almox. central da Prefeitura.	-	2	-	-	-	-	-	2
(3) O depto. compras da SMS.	1	1	-	1	-	1	-	4
(4) O depto. compras P. Municipal.	4	3	2	1	2	-	-	12
(5) O depto. Licitação Prefeitura	-	-	1	-	-	-	-	1
(6) Outros. Quais? Eq. Planej. e Pelas unidades de saúde	-	-	-	-	-	-	1	1
20) Quem ordena as despesas da saúde de seu município?								
(1) o secretário ou diretor SMS.	-	-	-	1	1	2	1	5
(2) o contador do município	2	1	1	1	-	-	-	5
(3) o secretário ou diretor municipal das finanças	1	2	1	-	1	-	-	5
(4) o depto. compras da prefeitura	1	2	1	-	-	-	-	4
(5) outro funcionário da SMS.	-	-	-	-	-	-	-	-
(6) outro funcionário da secretaria municipal de finanças	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros. Quais? Prefeito/Secr.Saúde	1	2	-	-	-	-	-	3
21) Quem autoriza as compras da Secretaria Municipal de Saúde?								
(1) O Secretário da SMS.	2	1	-	1	2	1	1	8
(2) O Dir. Financeiro da SMS.	1	-	1	-	-	1	-	3
(3) O Secr. Finanças do Município.	-	1	1	-	-	-	-	2
(4) O Dir. Financeiro do Município.	1	2	1	-	-	-	-	4
(5) O Contador Prefeitura Municipal.	-	1	-	-	-	-	-	1
(6) Outros. Quais? S.Compras Pref.	-	1	-	-	-	-	-	1
(7) Outros: Quais? Prefeito	-	1	-	1	-	-	-	2
(8) Não respondeu	1	-	-	-	-	-	-	1

A Tabela 14, referente a quem emite as requisições de compras de materiais e serviços da Secretaria Municipal de Saúde (pergunta 19), a quem ordena as despesas (pergunta 20) e a quem autoriza as compras (pergunta 21) mostra que tais responsabilidades são atribuídas mais freqüentemente às instâncias da Prefeitura Municipal (Departamento de Compras e Finanças do Município) do que as da Secretaria Municipal de Saúde.

A Tabela 15 apresenta as respostas dadas as perguntas referentes a quem julga os processos de licitação (pergunta 22), quem autoriza o pagamento das despesas da SMS (pergunta 23) e quem paga as despesas da SMS (pergunta 24). Observa-se que tais tarefas são atribuídas a instancias do poder municipal e raramente são referidas como sendo da SMS.

Tabela 16: Demonstrativo financeiro. DRS VI, 2005 – 2006.

25)Preencha o Demonstrativo Financeiro abaixo com os Dados de 2006. Valores Escala 1000	Rec. De Impostos e Transf. Const. Legais (I)	Atenção Básica	Assist. Hospitalar	Suporte Profilático	Vig. Sanitária	Vig. Epidemiológica	Outras Subvenções	Despesas com Saúde	Transferências Estado e União	Total Despesas Próprias com ações e serviços públicos de saúde	Participação das despesas com ações limite constitucional 15% 2006
1) pop 347.601	202.326	7.454	-	-	307	-	44.920	55.045	10.833	39.795	19,68%
2) pop 125.469	76.120	16.450	2.487	1.016	157	285	944	20.399	4.601	15.797	20,93%
3) pop 120.800	85.982	6.714	-	-	-	-	10.582	17.296	4.198	13.098	15,23%
4) pop 69.279	42.386	771	7.483	3.324	487	726	-	14.371	7.297	6.608	17,62%
5) pop 59.366	52.042	4.078	6.283	683	87	558	454	12.145	4.277	7.868	15,99%
6) pop 37.797	29.280	7.899	2.124	-	-	-	-	10.024	3.461	6.563	22,80%
7) pop 35.090	30.868	5.022	1.580	-	37	2	-	6.643	917	5.726	18,58%
8) pop 28.228	21.975	5.510	-	-	-	-	-	5.510	1.792	3.717	16,91%
9) pop 24.384	17.900	4.400	-	-	-	-	-	4.400	855	3.245	18,13%
10) pop 23.085	10.972	2.792	-	-	41	78	-	2.912	373	2.537	23,13%
11) pop 14.284	9.358	2.540	81	-	116	-	-	2.738	1.110	1.556	16,64%
12) pop 12.381	8.348	1.822	834	-	5	-	-	2.622	739	1.821	21,88%
13) pop 11.605	9.080	-	-	-	-	-	2.782	2.782	932	1.850	24,34%
14) pop 11.287	9.363	2.145	-	-	-	-	82	2.227	341	1.877	20,15%
15) pop 10.515	8.980	1.668	-	-	-	-	-	1.668	256	1.359	15,13%
16) pop 10.357	8.288	1.894	-	-	14	11	-	1.919	370	1.549	18,70%
17) pop 10.299	12.155	2.540	-	-	-	-	-	2.540	517	1.832	15,58%
18) pop 9.074	8.316	1.966	-	-	-	-	-	1.966	398	1.567	18,94%
19) pop 8.918	7.418	1.478	67	-	-	-	-	1.545	165	1.297	17,49%
20) pop 7.504	6.880	1.013	240	-	10	8	-	1.272	249	1.022	15,03%
21) pop 5.150	6.522	71	0,282	-	7	10	1.303	1.393	140	1.252	19,20%
22) pop 4.777	6.218	1.606	-	-	-	-	-	1.606	625	923	20,16%

Nenhum gestor enviou preenchido o demonstrativo financeiro com os dados de 2006 (Tabela16), conforme solicitava a pergunta 25. Alguns disseram ter que consultar o secretário de finanças e não retornaram, outros alegaram não saber onde buscar tais informações. O preenchimento da tabela 16 foi feita pelo pesquisador a partir dos dados coletados no SIOPS (site do DATASUS).

Observou-se que não há uma uniformidade no preenchimento das informações, sendo que uns muni

cípios apresentam o lançamento dos recursos financeiros em uma única rubrica, impossibilitando a verificação de onde, de fato, o recurso foi gasto. Por exemplo: o município n.º 13 lançou todo o recurso em subvenções, sem considerar as outras rubricas (Atenção Básica, Assistência Hospitalar, etc.). Apenas os municípios n.ºs 2, 4, 5 e 21 fizeram os lançamentos em todas as rubricas, possibilitando avaliar onde o recurso foi gasto.

.....
DISCUSSÃO

Inicialmente devemos salientar as dificuldades de encontrar, na literatura, referências específicas sobre a gestão financeira da saúde a nível municipal.

Também não encontramos nenhum modelo de questionário, validado ou não, que pudesse ser utilizado, possibilitando comparações. Coube ao autor elaborá-lo e, pelo teste inicial ao qual foi submetido, não mostrou grandes limitações, ocorrendo apenas a correção de algumas formulações de perguntas. Entretanto, no momento da análise dos resultados, constataram-se algumas redundâncias e a ausência de algumas questões que permitissem esclarecer melhor a concepção de gestão de saúde dos entrevistados.

Os gestores municipais mostraram conhecimento de quais das fontes de financiamento da saúde municipal, mas tiveram insegurança quanto ao percentual de repasse dos três governos, apesar da maioria afirmar que seu valor era insuficiente (tabelas 4 a 7). Sobre os impostos que compõe o orçamento municipal, 15% do qual é destinado a saúde, os gestores reconheceram alguns entre os principais: IPTU, ISS, IPVA e ICMS (tabela 8).

As respostas às perguntas 7 a 10 do questionário, relacionadas com o Conselho Municipal de Saúde (tabela 9), mostraram que os gestores conhecem sua composição e funcionamento. Tal conhecimento é facilitado pelo fato dos gestores serem geralmente os presidentes desses conselhos.

A respeito do orçamento anual de saúde menos da metade dos gestores referiram ser competência da Secretaria da Saúde e os demais de outras Secretarias ou instâncias municipais (tabela 10).

Verifica-se que a maioria das gestões em saúde dos municípios estudados, independentemente de sua dimensão demográfica, ainda apresentam total dependência do poder executivo municipal quanto à administração orçamentária. É possível que estruturas municipais pequenas e médias tenham falta de recursos humanos capacitados para tal gestão.

As respostas dos entrevistados às perguntas sobre o preenchimento do SIOPS (Sistema de Informações Orçamentárias Públicas em Saúde), a elaboração do PPA (Plano Pluri Anual) e da LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) foram coerentes com a referida concentração das ações financeiras no poder executivo municipal

(tabelas 11, 12 e 13). A mesma observação pode ser feita quanto às respostas sobre de quem é responsabilidade da emissão de requisições, ordenamento das despesas e autorização das compras (tabela 14), quanto ao julgamento dos processos de licitação e autorização dos pagamentos (tabela 15) e ao conhecimento do demonstrativo financeiro (tabela 16).

.....**CONCLUSÕES**

1) Os recursos destinados a saúde são considerados escassos, havendo necessidade de otimizar seu uso através do adequado planejamento dos gastos com as ações em saúde. Para tal planejamento seria oportuno uma maior participação dos gestores de saúde na gestão direta dos recursos financeiros, o que não foi verificado nos municípios estudados

Uma melhor capacitação dos gestores municipais em administração financeira, poderia ser implementada com o apoio do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e do CES (Conselho Estadual de Saude).

2) Mesmo considerando suas limitações, a divulgação do presente estudo poderá contribuir para despertar maior interesse sobre as experiências municipais no campo da administração em saúde, incluídos os aspectos financeiros, estimular novas produções no campo da economia da saúde, ampliando este tema na literatura nacional e promovendo um maior debate sobre gestão financeira municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Áquilas Mendes A, Marques RM. Sobre economia da saúde: campos de Avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil – Rede Ecos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 12 Fev 2007]. Available from: http://dtr2006.saude.gov.br/scite/portal_des/rede_economia_saude.htm#cadastro.

Biasoto Júnior G. Setor saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. Campinas: IE/UNICAMP; 2003.

Buss PM. Assistência Hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar. *Inf Epidemiol SUS*. 1993; 2(2):5-42.

Centro de mídia independente [internet]. Belo Horizonte: CMI; 2007 [cited 15 ago 2007]. Available from: <http://www.midiaindependente.org>.

Dain S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Econ Soc*. 2001; (17): 113-40.

Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM. (organizadores) *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª ed. Brasília: IPEA; 1995. p.5-21.

Departamento de Planejamento da DRS VI – Bauru. Bauru; 2008.
Fernandes MAC, Rocha DCC, Oliveira MMS, Ribeiro JAC, Aquirio LMC. *Gasto social das três esferas de Governo: 1995*. Brasília: IPEA; 1998. (Texto para discussão, 598).

Galper J. Análise preliminar do gasto federal com saúde no Brasil 1987-1995. *Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão*, n.4, 1996,32p.

Griffiths DAT. Economic evaluation of health services. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1981; 29: 85-101.

Guedes JR. *Comentários à lei de responsabilidade fiscal*. Rio de Janeiro: IBAM; 2001.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim de Políticas sociais: acompanhamento e análise*, nº. 1, junho/2000 - Brasília; 2000.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim de Políticas sociais: acompanhamento e análise*, nº. 8, Fevereiro/2004 – Brasília; 2004.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim de Políticas sociais: acompanhamento e análise*, nº. 11, agosto/2005 – Brasília; 2005.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim de Políticas sociais: acompanhamento e análise*, nº. 12, Fevereiro/2006 – Brasília; 2006.

Martin SH, Pastor V. Economia de la salud. Medicina y Sociedad. Local: Interamericana Mc Graw – Hill; 1983.

Médici AC. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: Piola SF, Vianna SM organizadores. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995. p. 23-68.

Médici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanço e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.

Mendes, A, Aprimorando o Processo Orçamentário e o Planejamento no Município. Livro da Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília: Cepam; 2001.

Mendes A, Catanzaro W, Orçamento saudável a emenda constitucional 29 e a lei de responsabilidade fiscal. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. A Implantação da EC 29: apresentação dos dados do SIOPS, 2000-2003. Brasília: Departamento de Economia de Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde [internet]. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990 [cited 12 Feb 2007]. Available from: <http://www.saude.gov.br>.

Ministério da Saúde DATASUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [internet]. Resolução n.º 322 do conselho nacional de saúde, de 08 de maio de 2003. Dispõe padronização de receitas e despesas, com finalidade de melhor captação e comparabilidade dos dados contábeis, segundo à legislação vigente. Brasília; 2003; [cited 12 fev 2007]. Available from: <http://www.siops.datasus.gov.br>

Ministério da Saúde Datasus [internet]. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. 2005 [cited 17 fev 2007] Available from: <http://www.siops.datasus.gov.br>.

Ministério da Saúde. Nota Técnica n.º. 9/2005. Brasília: Departamento de Economia de Saúde; 2005b.

Ministério da Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. Brasília; 2002.

Organização Mundial da Saúde [Internet]. World Health Report Genebra. 2004 [cited 17 Feb 2007]. Available from: <http://www.who.int/en/> Organização Mundial da Saúde [Internet] [cited 17 Feb 2007]. Available from: <http://www.who.int/en/>.

Ortún Rubio V. La economía en sanidad y mediana: instrumentos y limitaciones. Barcelona: Euge; 1992.

Presidência da República. Casa Civil [Internet]. Emenda Constitucional nº. 29 de 13 de setembro de 2000. Dispõe altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da constituição federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília; 2000 [cited 12 Feb 2007]. Available from: [HTTP://www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)

Presidência da República Casa Civil [internet]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília; 1988 [cited 12 Feb 2007]. Available from: <http://www.planalto.gov.br>.

Ribeiro AJ, Piola SF, Servo LM. Financiamento e gastos das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005. Bahia Anal Dados. 2006; 16(2): 289-301.

Rubio-Cebrian S. Glosário de planificación y economía sanitária. 2ª ed. Madrid: Diaz de Santos; 2000.

Santos NR, Regulamentar a EC nº. 29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integridade, equidade e participação. Botucatu, 2007.

Santos L. Movimento pela Regulamentação da E.C. n.o. 29. Local: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, CEBES/ ABRASCO/ ABRES/ REDE UNIDA; 2003.

SIOPS 2005, Sistema de Informações Públicas em Saúde. Ministério da Saúde, DATASUS, Brasil. <http://www.siops.datasus.gov.br>

Tinoco AF, Campos JQ. Planejamento e administração de saúde. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico; 1984.

Vecina GN, Reinhardt WF. Saúde e cidadania, para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento de Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú; 1998.

..... **ANEXOS**

**PESQUISA: GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DA DRS VI BAURU.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: LÚCIO JOSÉ FIORELLI

ANO BASE 2006.

- 1) Os atuais recursos destinados a Secretaria Municipal de Saúde são provenientes de:
(assinale uma ou mais alternativas)
 - (1) Receitas próprias do município
 - (2) Transferências do governo federal
 - (3) Transferências do governo estadual
 - (4) Outras. Quais? _____

- 2) Nos últimos cinco anos os recursos destinados a Secretaria Municipal de Saúde são suficientes para cobrir todas despesas com saúde:
(assinale uma ou mais alternativas)
 - (1) são suficientes
 - (2) não são suficientes
 - (3) as vezes são suficientes e outras vezes não
 - (4) depende da arrecadação do município
 - (5) a arrecadação do município nada tem a ver com os recursos destinados a saúde.
 - (6) Outros. Quais? _____

- 3) As transferências intra-governamentais(federais e estaduais), representam quantos por cento da receita total destinada a saúde (2005/2006).

Total Receitas do Município	Executado pela Saúde (A)	Transferências p/Saúde Federais e Estaduais (B)	% B/A
2005			
2006			
TOTAL			

- 4) Quais foram os procedimentos utilizados em seu município para obter recursos destinados ao cumprimento da EC 29?
(assinale uma ou mais alternativas)
 - (1) Ocorreu aumento na cobrança do IPTU.
 - (2) Não ocorreu nenhuma mudança na arrecadação.
 - (3) é necessário diminuir as despesas com outros secretarias.
 - (4) Outros. Quais? _____

5) Quantos por cento da receita total do município são aplicados na saúde:

Total Receitas do Município	Receita Total da Saúde (A) Conforme EC 29	Despesas com Recursos do Município Saúde (B)	% B/A (% Rec.Próprios)
2005			
2006			
TOTAL			

6) Quais são os tributos considerados para o calculo do percentual a ser aplicado na Saúde seu município:
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) IPTU
- (2) ISS
- (3) TAXAS COM PODER DE POLÍCIA
- (4) DIVÍDA ATIVA DO IPTU
- (5) DÍVIDA ATIVA DO ISS
- (6) DÍVIDA ATIVA DE OUTROS TRIBUTOS
- (7) ITBI
- (8) IRRF
- (9) ITR
- (10) IPVA
- (11) ICMS
- (12) FPM
- (13) IPI EXPORTAÇÃO
- (14) LEI KANDIR DES.ICMS
- (15) MULTAS DE TRANSITO
- (16) MULTAS DIVERSAS
- (17) TAXA DE SEPULTAMENTO
- (18) OUTROS. QUAIS? _____

7) Como é composto o Conselho Municipal de Saúde?

Poder Público Municipal? _____ Associação de Moradores? _____
Poder Público Estadual? _____ Sindicatos? _____
Prestadores / Outros? _____ Outras Associações? _____
Trabalhadores da Saúde? _____ Associação de Portadores? _____

8) Quem é o Presidente do Conselho Municipal de Saúde? _____

9) Qual a periodicidade das reuniões do Conselho Municipal de Saúde: _____

10) A apresentação trimestral da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, conforme determina a Lei 8080/90 é acompanhada pelos Membros do Conselho Municipal de Saúde? _____

11) O Orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde é elaborado por quem:
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) pela própria Secretaria com participação do Conselho Municipal
- (2) é realizado por outra Secretaria e depois informado ao Conselho e à Secretaria Municipal de Saúde
- (3) é realizado por outra Secretaria mas é informado apenas à Secretaria Municipal de Saúde e não ao Conselho.
- (4) Não é informado nem à secretaria e nem ao conselho municipal de saúde.
- (5) Outros. Quais? _____

12) O Orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde é aprovado por quem? _____

13) O Orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde é executado por quem? _____

14) O SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde) é preenchido: (assinale uma ou mais alternativas)

- (1) quinzenalmente
- (2) semestralmente
- (3) mensalmente
- (4) anualmente
- (5) semestralmente e anualmente
- (6) Outros. Quais? _____

15) O SIOPS é preenchido por quem:
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) pelo secretário ou diretor da saúde
- (2) pelo diretor financeiro da secretaria Municipal de Saúde
- (3) pelo diretor financeiro do município
- (4) pelo contador do município
- (5) por outros. Quem? _____

16) Quem elabora o PPA – Plano Plurianual?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) a secretaria municipal de saúde
- (2) o conselho municipal de saúde
- (3) a comunidade
- (4) o gestor, diretores, funcionários, conselheiros do fundo municipal e população
- (5) a secretaria de finanças do município
- (6) o prefeito municipal
- (7) outros. Quem? _____

17) Ainda quanto à questão acima, quem aprova o PPA? _____

18) Quem elabora a LDO, Lei Diretrizes Orçamentárias?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) a secretaria municipal de saúde
- (2) o conselho municipal de saúde
- (3) a comunidade
- (4) a secretaria de finanças do município
- (5) o prefeito municipal
- (6) outros. Quais? _____

19) Quem emite as requisições de compras e serviços da Secretaria Municipal de Saúde?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) O almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde.
- (2) O almoxarifado central da Prefeitura.
- (3) O departamento de compras da secretaria Municipal de Saúde.
- (4) O departamento de compras da prefeitura Municipal.
- (5) O departamento de Licitação da Prefeitura
- (6) Outros. Quais? _____

20) Quem ordena as despesas da saúde de seu município?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) o secretário ou diretor municipal de saúde
- (2) o contador do município
- (3) o secretário ou diretor municipal das finanças
- (4) o departamento de compras da prefeitura
- (5) outro funcionário da secretaria municipal de saúde
- (6) outro funcionário da secretaria municipal de finanças
- (7) Outros. Quais? _____

21) Quem autoriza as compras da Secretaria Municipal de Saúde?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) O Secretário de Municipal de Saúde.
- (2) O Diretor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde.
- (3) O Secretário de Finanças do Município.
- (4) O Diretor Financeiro do Município.
- (5) O Contador da Prefeitura Municipal.
- (6) Outros. Quais? _____

22) Quem julga os processos de licitação (especificação técnica, qualidade, etc)?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) O almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde.
- (2) O almoxarifado central da Prefeitura.
- (3) O departamento de compras da secretaria Municipal de Saúde.
- (4) O departamento de compras da prefeitura Municipal.
- (5) O departamento de Licitação da Prefeitura
- (6) A diretoria Técnica da Secretaria da Saúde.
- (7) Comissão composta por funcionários da Saúde
- (8) Médicos, enfermeiras da saúde.
- (9) Outros. Quais? _____

23) Quem autoriza os pagamentos da Secretaria Municipal de Saúde?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) O Secretário de Municipal de Saúde.
- (2) O Diretor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde.
- (3) O Secretário de Finanças do Município.
- (4) O Diretor Financeiro do Município.
- (5) O Contador da Prefeitura Municipal.
- (6) Prefeito.
- (7) Outros. Quais? _____

24) Quem paga as despesas da Secretaria Municipal de Saúde?
(assinale uma ou mais alternativas)

- (1) O Secretário de Municipal de Saúde.
- (2) O Diretor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde.
- (3) O Secretário de Finanças do Município.
- (4) O Diretor Financeiro do Município.
- (5) O Contador da Prefeitura Municipal.
- (6) Prefeito.
- (7) Outros. Quais? _____

25) Preencha o Demonstrativo Financeiro abaixo com os Dados de 2006.

HISTÓRICO RECEITAS 2006	VALOR 2006	% CONTA/RECEITA TOTAL
Imposto Predial e Territorial Urbano IPTU		
Imposto sobre Serviços de Q. Natureza – I.S.S.Q.N.		
Imposto sobre a Transmissão de Imóveis – I.T.B.I.		
Fundo de Participação dos Municípios		
Imposto de Renda sobre rendimentos pagos.		
Imposto Territorial Rural – I.T.R.		
Cota parte do I.C.M.S.		
Cota parte do I.P.V.A		
Cota parte do I.P.I.		
Dívida Ativa de impostos (IPTU e ISS)		
Lei Kandir 87/96		
Outros		
Total - (Base de Cálculo)		
Despesas empenhadas no Programa Saúde	VALOR 2006	% DESPESA/RECEITA TOTAL
Despesas Totais com Saúde		
Despesa c/ Atenção Básica		
Despesa c/Folha de Pág/o.		
Despesa c/Serviços de		

3ºs		
Despesa c/ Capital		

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 05 de novembro de 2.007

OF. 432/2007-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Luana Carandina
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Luana,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa "**Gestão financeira dos municípios da DRS-VI-Bauru**" a ser conduzido por Lúcio José Fiorelli, orientado por Vossa Senhoria - Co orientado pelo Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/11/2007.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)