



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**



**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**ÂNGELA DE OLIVEIRA CARNEIRO**

**IMPLEMENTAÇÃO DA NOB 96 NA BAHIA:  
SITUAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS NA ESFERA  
MUNICIPAL**

Salvador, BA  
2000

**ÂNGELA DE OLIVEIRA CARNEIRO**

**IMPLEMENTAÇÃO DA NOB/96 NA BAHIA:  
SITUAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS  
NA ESFERA MUNICIPAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária

Área de concentração: Planejamento e Gestão

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Fontes Teixeira

Salvador, BA  
2000

FICHA CATALOGRÁFICA

C 289i Carneiro, Ângela de Oliveira  
Implementação da NOB 96 na Bahia: situação do financiamento do SUS na  
esfera municipal / Ângela de Oliveira Carneiro. Salvador, 2000.  
p.: ilus

Dissertação ( Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva -Universidade Federal  
da Bahia .

1. Economia da saúde - financiamento - planejamento 2. Saúde pública

CDU 338:614.2

Dedico este trabalho a meu filho Gutinho, que, apesar de não entender para que serve o mestrado e o que é Saúde Pública, procurou aceitar os motivos das minhas andanças, na busca do conhecimento e de sobrevivência, dividindo com os livros e com minhas angústias, o pouco do meu tempo que restava para ele em casa.

## AGRADECIMENTOS

A Carmem, por me fazer entender que a ciência é uma busca incansável de conhecimento e pelo incentivo na conclusão deste trabalho.

A Eduardo Mota, pelo apoio na análise dos resultados

A Jairnilson, pelo exemplo de dedicação, na construção de novos sujeitos da saúde coletiva

A João Gutemberg, pela elaboração do "abstract"

A Graça, Lenise, Soraia, Ana Luisa, Solla, Rita Emiliana, Rita Afonso, Mário, Adelman e Elísio, por terem acreditado na minha capacidade mais do que eu mesma e pelo incentivo nos momentos difíceis.

A Jacira, pela presença constante nos momentos difíceis e pela dedicação na coleta e digitação dos dados

A Rosânia, pelo apoio no preenchimento do instrumento de coleta, decifrando as inúmeras facetas utilizadas na linguagem da contabilidade pública

A Rose, Dario e Anunciação, pela disponibilidade e dedicação na biblioteca e especialmente a Creusa, pela revisão bibliográfica

À diretoria do CONESEMS 1997-1998; 1999-2000, pela confiança e disponibilização da estrutura do Conselho para coleta dos dados

Aos secretários municipais de saúde cujos municípios foram objeto de pesquisa, pelo esforço no envio dos dados.

A Tereza, Albertino, Elieuzza, Efigênia, Bel, Raul, Lúcia e as “meninas” do Polo de Capacitação, pelo carinho nos momentos difíceis.

A Sandra, Acácia, Valéria e Elaine, por terem assumido muitas vezes o papel de mãe de Gutinho.

A Conceição, pela revisão de português

Aos meus pais, Joselice, Miguel, Jacy e Noel, por terem me ensinado a lutar pelos meus ideais, respeitando e apoiando as minhas vontades

A Marília e a Joana Molesini, pelo incentivo no início do mestrado

"Caminhar é preciso. Ter rumo é imprescindível"  
Gilson Carvalho

## RESUMO

O processo de implementação do SUS-Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, vem encontrando uma série de dificuldades relacionadas com a instabilidade das fontes de financiamento e a ineficiência na alocação e utilização dos recursos. A partir de 1996, vem sendo implementada uma Norma Operacional (NOB 01/96), que instituiu o Piso de Atenção Básica-PAB, transferido diretamente do governo federal aos municípios que preencherem determinados requisitos. Este estudo exploratório analisou as mudanças ocorridas nas formas de financiamento, no volume de recursos e no padrão de gastos, em uma amostra selecionada de 15 municípios que se habilitaram na Gestão Plena da Atenção Básica, até março de 1998. Buscou-se caracterizar a situação orçamentária e financeira do sistema municipal de saúde em dois momentos: um, antes (1997) de sua habilitação à NOB/96 e outro, depois (1998). As indicações teóricas da investigação fundamentaram-se nos debates atuais sobre o financiamento e a gerência de recursos financeiros no SUS. A partir desse referencial, foram construídas as categorias analíticas e os indicadores que permitiram a análise dos dados da execução orçamentária, com base nos relatórios de gestão e balancetes de prestação de contas dos municípios selecionados. Os municípios foram classificados em três faixas de população: pequeno (até 50 mil), médio (50-100 mil) e grande porte (acima de 100 mil), dos quais se analisaram: o volume de recursos próprios e de transferências investidos no setor saúde; o gasto *per capita* e o % de recursos gastos por fonte de investimento (pessoal, despesas de custeio e de capital). Os resultados apontam uma elevação do volume de recursos gastos na função saúde do ano de 1997 para 1998, em decorrência das transferências federais. Apresentam, ainda, um gasto *per capita* entre os municípios, em 1998, com valores entre R\$21,40 e R\$72,89, demonstrando uma desigualdade entre os municípios estudados. Comenta-se a escassez de dados que permitam a análise dos padrões de gasto dos municípios, a fragilidade e a baixa confiabilidade das informações dos sistemas de contabilidade pública e as limitações do acompanhamento da execução orçamentária pelos Conselhos Municipais de Saúde.

**Palavras chave:** Economia da Saúde. Financiamento. Planejamento. Saúde Pública.

## ABSTRACT

The process of implementation of the Single Health System (SUS) created by the Constitution of 1988 and regulated by the Federal Law 8080/90 and 8142/90, has been troubled by the instability of the financial sources and the inefficiency of the resources allocation and utilisation. The Operative Norm 01/96 (Norma Operacional 01/96) that has been implemented since 1996 has instituted the Primary Care Minimum (Piso de Atenção Básica – PAB), which is transferred directly from the Federal level to the municipalities that fulfil certain requirements. This exploratory study analyses the changes that have happened in the financing, volume of resources and standard of expenses, in a sample of 15 municipalities that has achieved the status of Plain Management of Primary Care (Gestão Plena da Atenção Básica), up to March 1998. It has been characterised the budget and the finances of the municipal health systems in two times: first, before the municipality has achieved the referred status (1997) and, second, afterwards, in 1998. The theoretical background comes from the debates about the financing and management of the SUS funds. From those references it has been built the analytical categories and indicators for the analysis of the data of the execution of the budgets. The data have been collected from the managerial report and balance sheets of the accounts of the selected municipalities. The municipalities have been classified according to their population: small (up to 50 thousand inhabitants), medium (from 50 thousand to 100 thousand inhabitants) and big (up from 100 thousand). It has been analysed the amount of resources invested in the health sector that had come from the municipal treasure and that that had been transferred from other governmental levels; it has been analysed the per capita expenditures and the percentage of the resources per source of investment (recurrent and capital expenditures). The results show an increase in the expenditures in health from 1997 to 1998, related to the Federal transfer. The per capita expenditure in 1998 varies across municipalities from R\$21.40 up to R\$72.89, showing inequities across municipalities. It has been discussed the shortage of data that could allow an analysis of the standard of expenditures of the municipalities, the fragility and low trustworthiness of the information from the public account systems and the limitations of supervision of the execution of the budget by the Municipal Health Councils (Conselhos Municipais de Saúde).

**Keywords:** Health Economics. Finance. Planning. Public Health.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 A descentralização da saúde no Brasil: 1963-1993.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 A construção do SUS e a municipalização .....</b>	<b>15</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Tipo e desenho do estudo .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Definição de termos .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1 Processo orçamentário e gerência financeira dos recursos de saúde na esfera municipal.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Caracterização e seleção dos municípios do estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Procedimentos para a coleta dos dados.....</b>	<b>29</b>
<b>2.5 Plano de análise .....</b>	<b>31</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Volume de recursos financeiros por fonte .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1.1 Municípios de pequeno porte .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.2 Municípios de médio porte .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1.3 Municípios de Grande Porte .....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Gasto municipal em saúde .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2.1 Gasto per capita.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2.2 Composição do Gasto municipal em saúde.....</b>	<b>44</b>
<b>4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....</b>	<b>47</b>

## LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde  
CONASP – Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DATASUS- Departamento de Informática do SUS  
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento  
FEF – Fundo de Estabilização Fiscal  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição  
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social  
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OSS – Orçamento da Seguridade Social  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PIASS – Programa da Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB – Produto Interno Bruto  
PIN – Programa de Interiorização Nacional  
PREVSAUDE -Programa Nacional de Serviços de Saúde  
SES – Secretária Estadual de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
PEC – Projeto de Emenda Constitucional  
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde  
SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
FPM – Fundo de Participação dos Municípios  
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias  
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço  
DIRES – Diretoria Regional de Saúde

## 1. INTRODUÇÃO

O financiamento da política de saúde no Brasil tem sido marcado por desequilíbrios e mudanças no que se refere ao volume de recursos utilizados, à estrutura de distribuição desses recursos nos diversos âmbitos de organização dos serviços e de repartição entre as esferas governamentais, isto é, estados e municípios.

Desde a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro, com o crescimento da economia exportadora cafeeira, vários fatores, econômicos, políticos e demográficos vem influenciando o processo de formulação e implementação da política nacional da saúde, expressando-se nas formas de financiamento adotadas em cada período. (BRAGA, 1981; MÉDICI, 1998; OLIVEIRA, 1998).

São poucos, entretanto, os estudos que, no país, têm se ocupado desta temática. Somente a partir dos anos 70, começaram a surgir trabalhos que abordam a evolução das políticas de saúde no Brasil, sob a ótica do financiamento. Alguns desses estudos trazem, inclusive, uma revisão do surgimento e desenvolvimento, do ponto de vista internacional, do interesse dos pesquisadores sobre a temática: financiamento de sistemas e serviços de saúde.

Desse modo, chamam a atenção para que o crescimento dos gastos com saúde a partir dos anos 50 e 60 nos países centrais, tem influenciado diretamente na definição das funções do estado no financiamento das políticas sociais. A universalização do atendimento eleva a ampliação dos gastos de 2% a 3% do PIB- Produto Interno Bruto, no final dos anos 40, para 6 a 10% do PIB, no final dos anos 70. Essa elevação fez com que a questão da saúde se tornasse objeto da ciência econômica e da política econômica. (MÉDICI, 1998; OLIVEIRA, 1998)

Apesar de ser objeto da ciência econômica a questão das finanças públicas sempre esteve ligada à concepção do estado e vem sendo analisada de "forma instrumental e pouco analítica" (MÉDICI, 1998; p. 25). O pensamento econômico, na fisiocracia, estava ligado ao aumento da produção agrícola, no pensamento clássico, estava centrado na análise da estrutura produtiva e alocativa, com o objetivo de demonstrar a superioridade do capitalismo.

No período neoclássico, embora se comece, de fato a construir um pensamento econômico voltado para as questões da saúde, a contribuição dos economistas se

restringiu ao exame das questões de atenção à saúde. A "economia da saúde é definida como o campo da investigação cujo tema é o uso ótimo de recursos para o cuidado do doente e a promoção da Saúde. Sua tarefa é avaliar a eficiência da organização dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização" (MUSHKIN apud BRAGA, 1981; p. 20).

Essa definição expressa um caráter microeconômico, deixando de lado os fatores macro, relacionados à reprodução de capital no setor saúde e os fatores que influenciam os níveis de saúde da população, como: habitação, recreação, renda dentre outros. O interesse dos economistas na área de atenção à saúde está associado ao processo de acumulação de capital, em que as despesas com atenção à saúde são investimentos que trazem como retorno a redução da taxa de mortalidade e de morbidade (BRAGA, 1981).

As mudanças relacionadas ao processo de globalização da economia e desregulamentação dos mercados, associadas às alterações demográficas e à crise fiscal que vêm acontecendo nos países em desenvolvimento como o Brasil, vêm exigindo maior eficiência e equidade na alocação dos recursos públicos, além de uma maior especialização das esferas governamentais na gestão pública. Para atender o novo perfil das demandas sociais no país, foi aprovada, na C.F.-Constituição Federal de 1988, a descentralização de encargos entre os entes federativos, ampliando as responsabilidades dos municípios na execução de políticas sociais e na capacidade de geração de recursos próprios.

O Sistema Único de Saúde no Brasil, criado na Constituição de 1988, vem adotando a **municipalização** como estratégia de descentralização da gestão e organização das ações e serviços de saúde, tendo em vista a universalização do acesso da população aos serviços, ao tempo em que busca racionalizar os custos operacionais do sistema.(GERSCHMAN, 1995; MÉDICI, 1998; PAIM, 1998; TEIXEIRA, 1991; PORTO, 1992).

As dificuldades em reduzir as iniquidades e a ineficiência que ainda se apresentam no atual sistema de saúde têm como origem decisões políticas que foram tomadas durante todo o período de construção do sistema nacional de saúde. "O financiamento das políticas sociais devem ser entendido à luz de cada espaço e tempo

específico" (MÉDICI, 1998; p. 31). No Brasil, em cada período político e econômico, aconteceram fatos que vêm influenciando o processo de implementação do SUS.

### **1.1 A descentralização da saúde no Brasil: 1963-1993**

A proposta de municipalização da saúde foi colocada pela primeira vez, na agenda política do setor saúde, em 1963, durante a III Conferência Nacional de Saúde, aparecendo no contexto da discussão em torno das chamadas “Reformas de Base”, conjunto de propostas apresentadas pelo “nacional-populismo brasileiro” (GOULART, 1996). O relatório final dessa conferência apresenta posições favoráveis à descentralização e transferência de poder aos municípios, pelo menos no que dependia da vontade de certos segmentos técnicos do Ministério da Saúde –MS da época (GOULART, 1996).

Em 1964, com a instalação do regime autoritário, fortaleceu-se um processo que caminhou em direção frontalmente oposta, de centralização política e concentração de recursos, no âmbito do governo federal. Isso favoreceu, no campo da saúde, a implementação de uma política de privatização do sistema, através da transferência de recursos públicos geridos pela Previdência Social (INPS- Instituto Nacional de Previdência Social e depois INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ao setor privado e pela atuação de órgãos de nível central do “apoio do desenvolvimento social” como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento - FAZ (TEIXEIRA, 1991). Essa política implicou na ampliação do processo de incorporação dos trabalhadores urbanos (assalariados, e posteriormente, autônomos) ao sistema de assistência médica. Depois foram também incorporados a esse sistema os trabalhadores rurais, através do FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural).

Na década de 70, em vista das várias denúncias da crise do sistema implantado e das más condições de vida e saúde da população, inicia-se com o governo Geisel, a implantação de programas de extensão de cobertura, com base no ideário da atenção primária. O mais importante deles, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), buscava implantar uma rede de unidades de saúde em cidades com menos de 20 mil habitantes. Os recursos para operacionalização desse programa

provinham de quatro (4) fontes: do FAZ, do Ministério da Saúde, do INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) e do PIN (Programa de Interiorização Nacional). Previam-se também recursos de outras fontes e dos fundos de participação dos municípios e estados. Embora não se tenha feito uma avaliação dos recursos aplicados pelo PIASS, o número de estabelecimentos ambulatoriais públicos de saúde no Nordeste passou de 1.708 para 3.064, refletindo um crescimento de 79%, entre 1976 e 1980, enquanto no Brasil como um todo esse crescimento foi de apenas 52% (MÉDICI, 1994; GOULART, 1996).

No início da década de 80, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a criação do PREV Saúde- Programa Nacional de Serviços de Saúde (PAIM, 1986; GOULART, 1996; MÉDICI, 1996; MENDES, 1995), amplo programa interministerial que propunha o desencadeamento de uma estratégia de reforma do sistema de saúde que implicaria na descentralização dos recursos financeiros, o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde e o aperfeiçoamento dos programas de saúde e das ações de vigilância epidemiológica, bem como a intensificação das ações de desenvolvimento de recursos humanos, de equipamentos, materiais e insumos para a saúde. Apesar da criação de uma Comissão Interministerial, com técnicos de alto nível para elaboração do projeto e do compromisso assumido pelo Governo brasileiro durante a conferência diante do Diretor Geral da OMS (Organização Mundial de Saúde) o Prev-SAÚDE não saiu do papel (MÉDICI, 1996).

Embora o PREV SAÚDE tivesse como meta racionalizar o gasto e melhorar a distribuição de recursos físicos e humanos já existentes, prevaleceram os interesses do setor privado (empresas médicas, notadamente hospitais), da corporação médica (sindicatos) e da política eleitoreira. Segundo MÉDICI (1996), apesar da crise econômica que o setor atravessava, em 1981 foram contratados 30 mil médicos pelo INAMPS e credenciados 500 hospitais privados. Esse fato demonstra a prioridade de investimentos de recursos do governo federal na iniciativa privada e na assistência curativa.

Em 1982, entretanto, foi criado o CONASP (Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), com o objetivo de elaborar estratégias de racionalização dos custos da assistência. Em agosto daquele ano, foi desencadeado o processo de implementação das AIS (Ações Integradas de Saúde), buscando a integração

programática entre as estruturas político-administrativas do INAMPS, no âmbito estadual, e as secretarias estaduais e municipais de saúde, como forma de promover a racionalização da oferta de serviços e, conseqüentemente, a redução dos gastos no setor. Essa estratégia favoreceu o início da democratização do processo decisório no âmbito político-institucional, pela criação de comissões interinstitucionais, as quais, em muitos casos, passaram a contar com a participação de representantes do “movimento municipalista”, isto é, dirigentes municipais e técnicos das instituições estaduais e municipais que defendiam um processo de municipalização do repasse de recursos federais aos estados e municípios (PAIM, 1986; GOULART, 1996; MÉDICI, 1996; MENDES, 1995; PORTO, 1992).

Em 1983, apenas 163 municípios tinham convênios com o INAMPS enquanto que, em 1986, as AIS tinham se estendido a 2.500 municípios. A ampliação do número de municípios conveniados não significou, entretanto, um grande reforço nos investimentos financeiros em melhorias da rede de serviços, para aumentar-lhes as condições técnicas e operacionais. O volume de recursos investidos até 1984, não passou de 6% dos gastos do INAMPS com programas especiais, e, em 1986 aumentou para apenas 12,3% do total dos recursos. (MÉDICI, 1996; BUSS, 1995).

Em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento no qual se expressou a luta pela “Reforma Sanitária” (PAIM, 1986, 1994; TEIXEIRA, 1987; POSSAS, 1993; ESCOREL, 1987, 1995; GERSCHMAN, 1995) visando garantir, na Constituição Federal, a incorporação da noção de Saúde como direito social e dever do Estado, e as propostas de organização de um Sistema Único de Saúde, universal, igualitário e equitativo, descentralizado e regionalizado, que contasse com a participação social em todas as instâncias governamentais. A pressão dos participantes dessa conferência, as negociações em torno da formulação das proposições do Capítulo da Seguridade Social sobre Saúde e as mudanças ocorridas na gestão do INAMPS favoreceram a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), em 1987, dando continuidade às AIS (PAIM, 1986; MENDES, 1995; TEIXEIRA, 1991).

Essa estratégia funcionou como um instrumento de descentralização política, administrativa e financeira da gestão das instituições de saúde, diferenciando-se das AIS pela sua ênfase no fortalecimento do papel das secretarias estaduais de saúde, que deveriam, inclusive, incorporar paulatinamente as estruturas gestoras e a rede operativa

vinculada ao INAMPS. O decreto de criação do SUDS definia claramente as competências das três esferas de governo, fortalecendo os processos de planejamento e de programação e orçamentação setorial realizados pelos estados.

Com o SUDS, a parcela de recursos do INAMPS posta à disposição das esferas locais aumentou consideravelmente, passando para 30,4%, em 1987 e 52,6%, em 1988. Contudo, esse aumento de recursos para estados e municípios representou de um lado o rebaixamento dos valores da tabela de pagamento dos procedimentos médicos ambulatoriais e hospitalares, gerando uma efetiva retirada de muitos estabelecimentos privados contratados que prestavam serviços de melhor qualidade. (MÉDICI, 1995; MENDES, 1995).

Se por um lado as AIS e o SUDS ampliaram o repasse de recursos a estados e a municípios, por outro, esses não eram distribuídos de acordo com as necessidades de cada região. Segundo Médici (1995), um balanço econômico das AIS entre 1983 e 1985 excluindo-se os casuísmos por questões políticas eleitoreiras, revela que foram privilegiadas, em grande medida, as unidades da federação que tradicionalmente já gastavam mais em saúde. Com o SUDS, embora tenham se ampliado os recursos para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, durante a administração de Hésio Cordeiro (1986–1987), na administração de Alberto Serrão (1988–1989), a participação dos estados voltou a declinar de 35,6% para 22%, enquanto a do Sudeste aumentou de 33,4% para 46,8% (BUSS, 1995).

Em 1988, é aprovada pelo Congresso a nova Constituição Federal, que incorpora, no capítulo dedicado à Seguridade Social - entendida como um conjunto de políticas e ações (Saúde, Previdência Social, isto é, pensões, aposentadoria, e outros benefícios financeiros e Assistência Social) dirigidas à proteção social da população, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, isto é, a noção de saúde como direito de cidadania e a proposta de criação do SUS.

## **1.2 A construção do SUS e a municipalização**

O processo de construção do SUS implicou, em um primeiro momento, a regulamentação dos princípios e diretrizes contidos na Constituição Federal de 1988, através da elaboração e aprovação das leis 8080 e 8142. Esse processo vem se



desdobrando no espaço institucional e operativo<sup>1</sup>, enfrentando uma série de dificuldades de ordem político-institucional e financeira.

Em primeiro lugar, cabe destacar a indefinição contida na própria Constituição Federal com relação ao financiamento da saúde e a progressiva rearticulação das forças conservadoras em torno da política de ajuste estrutural da economia brasileira, inspirada nos princípios neoliberais, iniciada durante o governo Collor e consolidada no momento atual (GOULART, 1996; VIANA, et al, 1990; CARVALHO E JAEGER, 1998; OLIVEIRA JR, 1990, 1997). A busca de redução de gastos públicos tem repercutido diretamente sobre o financiamento das políticas sociais, inclusive a política de saúde, gerando cortes orçamentários e iniciativas de ampliação da arrecadação de impostos, como a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira)<sup>2</sup>.

Em segundo lugar, a reforma administrativa do governo federal, desencadeada também no governo Collor, e a proposta de reforma do Estado, em curso no momento atual, vêm repercutindo diretamente sobre a configuração institucional do SUS, constituindo o contexto em que se vem dando a implementação das estratégias de municipalização das ações e serviços de saúde.

De fato, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde marca, no início dos anos 90, a integração institucional da rede própria de serviços médico-hospitalares e da rede privada contratada e conveniada ao SUS, sob gestão do MS e das Secretarias Estaduais de Saúde -SES, que passam a se preocupar, fundamentalmente, com a “organização da assistência”, ou seja, com a reformulação dos mecanismos de gestão, controle e avaliação sobre a produção de serviços médico-ambulatoriais e hospitalares, reservando-se à Fundação Nacional de Saúde a coordenação dos “programas especiais” e das ações de saúde pública. (PAIM, 1998; VIANA et al, 1990; MENDES, 1996). Nesse processo é que aparecem as Normas Operacionais Básicas, instrumentos normativos que tratam de reorientar e reorganizar o processo de gestão do sistema e de gerenciamento dos recursos financeiros, no âmbito estadual e municipal.

Em terceiro lugar, há que se registrar a crise institucional que passa a afetar as secretarias estaduais de saúde (MENDES, 1996), convocadas a assumirem um novo

---

<sup>1</sup> Segundo MENDES (1995) as mudanças no sistema nacional de saúde em países democráticos,

<sup>2</sup> Inicialmente IPMF- Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira, depois transformado em CPMF, aprovado em 1996, tendo arrecado, em 1997, cerca de R\$6,9 bilhões. A previsão de arrecadação para 1998 é de R\$8,2 bilhões.

papel diante do processo de reorganização do sistema, em um contexto de restrição de recursos financeiros. A adoção da estratégia de municipalização, especialmente a partir da Norma Operacional Básica - NOB 001/93 (BRASIL, 1993; ALMEIDA, 1995), e sua implementação nos diversos estados do país, resultou em grandes desigualdades no ritmo e na forma do processo de municipalização, em função das características políticas e institucionais de cada estado, o que tem implicado graus distintos de descentralização da gestão dos recursos financeiros e até em reconcentração de recursos entre estados e municípios dotados de maior capacidade operacional (TEIXEIRA, MOLESINI, 1997).

Finalmente, cabe observar a crise fiscal e tributária de muitos municípios brasileiros que os colocam numa relação de peregrinação por recursos frente aos governos federal e estaduais. Nesse contexto, a proposta de municipalização das ações e serviços de saúde passa a ser vista pelos municípios, ora como uma forma de “desresponsabilização” do governo federal e estadual diante da gerência de unidades de prestação de serviços de saúde, ora como uma forma de fortalecimento de sua autonomia para definir políticas de saúde, permanecendo, entretanto, como área crítica a questão do financiamento das ações e serviços.

A Constituição Federal de 1988 define que o financiamento do setor saúde é responsabilidade das três esferas de governo e determina que os recursos federais para a saúde sejam originados das fontes que compõem o Orçamento da Seguridade Social<sup>36</sup> (OSS), porém não se alcançou uma definição dos percentuais que deveriam ser alocados no setor saúde. Após a aprovação da Lei Orgânica do SUS (Lei 8080), a determinação das fontes e dos percentuais para a saúde ficou a cargo da LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e do Orçamento que é aprovado anualmente pelo Congresso Nacional . Com isso não se chegou a definir critérios que garantam a estabilidade das fontes e do volume de recursos federais para a saúde, o que tem sido, inclusive, tema de intensa

---

<sup>6</sup> “A Seguridade Social será financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais: dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; dos trabalhadores; sobre a receita de concursos de prognósticos, além de outras fontes instituídas por lei” (Art. 195, CF). O OSS é composto das seguintes contribuições: a) contribuição sobre o lucro líquido das empresas (CSLL), que até então não existia, e, em 1998 arrecadará cerca de 8 bilhões de reais; b) a contribuição sobre o faturamento das empresas, pelo recolhimento de uma alíquota de 0,5% (FINSOCIAL, hoje extinto) que passou para 2,0% (COFINS); c) contribuição sobre a folha de salários cuja alíquota aumentou de 8% para 10%.

polêmica na política nacional<sup>4</sup> (CARVALHO E JAEGER, 1998; OLIVEIRA JR, 1997; VIANNA et al, 1990).

Quanto aos estados e municípios, a Lei 8.142 /90 no seu artigo 4º, coloca como requisito para receberem recursos federais a contrapartida de recursos em seu respectivos orçamentos, contudo, a não obrigatoriedade de percentuais deixa a cargo da proposta política de cada governo o percentual de investimento em saúde. Embora o Ministério da Saúde venha assumindo as orientações da VIIIª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA, 1987; p. 225), recomenda a estados e municípios que esses devem investir, no mínimo, 10%<sup>5</sup> do seu orçamento com saúde, verifica-se que a maioria dos estados não alcança este percentual. Alguns estudos recentes, apontam, entretanto, que em muitos municípios o volume de recursos próprios gastos com saúde são superiores a 10% do orçamento municipal (MENDES, 1996).

Aliado a isso, várias práticas governamentais, como: sonegação de impostos, desvio de recursos da seguridade para outras áreas, como é o caso do FEF (Fundo de Estabilização Fiscal), perda por pagamento dos inativos, endividamento do Ministério por empréstimos do FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador), perdas por corrupção e má utilização dos recursos, descumprimento do disposto na CF, na Lei do Plano Plurianual<sup>6</sup> (93 a 95), nas LDOs<sup>7</sup> (Lei de Diretrizes Orçamentárias) de 90 a 97, vem contribuindo para a redução do volume global de recursos públicos utilizados no setor saúde, configurando o que tem sido chamado o “desfinanciamento” do sistema de saúde.

Além da problemática relativa ao volume de recursos federais, estaduais e municipais destinados à Saúde, outro aspecto que tem sido objeto de debate diz respeito

---

<sup>4</sup> Uma proposta de emenda constitucional, a PEC 169, que prevê a obrigatoriedade de participação de 10% dos orçamentos da união, estados e municípios e 30% do orçamento da seguridade social para a saúde, tem encontrado resistência por parte dos deputados e de alguns governadores para aprovação. Várias propostas trabalham com o mesmo percentual global fazendo ajustes para um maior percentual para os municípios e estados, reduzindo a parte da União. A discussão atual do Conselho Nacional de Saúde muda a proposta inicial da PEC 169 no que diz respeito aos recursos da Seguridade Social, visto que a reforma da previdência, no seu art 167, destinou a contribuição de empregados e empregadores exclusivamente para a Previdência Social.

<sup>5</sup> A VIIIª Conferência Nacional de Saúde aprovou os 10% como limite mínimo para os três níveis de Governo, (CONFERÊNCIA, 1987), como não foi incorporado ao texto Constitucional, desde 1993 que tramita no congresso, proposta de emenda orçamentária para torná-los um percentual fixo.

<sup>6</sup> - Plano Plurianual – Documento com diretrizes e metas da administração para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada, geralmente elaborado para um triênio, com objetivo de dar continuidade às obras dos governantes.

<sup>7</sup> -LDOs- Lei de Diretrizes Orçamentárias que compreende metas e prioridades da administração; despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orientações para elaboração do orçamento e alterações na legislação tributária.

aos critérios a serem adotados para as transferências intergovernamentais, notadamente do governo federal para os estados e municípios. A Lei 8.080 define, em seu artigo 35 que, para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, municípios e ao Distrito Federal, deverá se considerar o conjunto de critérios<sup>8</sup>. A Lei 8.142 /90, por sua vez, determina que esses recursos sejam transferidos de forma automática, “fundo a fundo”.

Contudo, a partir da implementação da NOB 001/91 (Brasil,1991), o repasse de recursos financeiros do MS para as secretarias estaduais de saúde passou a ser efetuado tendo como base o faturamento da produção de serviços, procedimento já utilizado anteriormente para o pagamento das contas da rede contratada e conveniada e estendido, por efeito dessa Norma Operacional, aos serviços da rede pública, tanto hospitalar quanto ambulatorial, o que resultou em uma reconcentração dos recursos em estados com maior capacidade instalada. Ao lado dessa forma de transferência, permanece o repasse de recursos mediante a celebração de convênios entre MS e SES ou entre MS e municípios, para o desenvolvimento de “programas especiais”.

O processo de descentralização ganhou impulso a partir da NOB/93 (BRASIL,1993; ALMEIDA, 1995) que delineia uma nova relação entre as três esferas de governo. Várias responsabilidades e prerrogativas são atribuídas a estados e municípios, sem alterar algumas questões relativas ao financiamento como: o aumento do volume de recursos e a forma de transferência de recursos federais, que continuou sendo feita, principalmente, mediante o pagamento por prestação de serviços. (GOULART, 1996). Entretanto, esta norma regulamentou o processo de desenvolvimento da gestão municipal sobre o sistema de saúde, estabelecendo 3 fases: Incipiente, Parcial e Semi-Plena.

1) Na fase de gestão incipiente o município assume responsabilidades, quanto à gestão de serviços básicos e de vigilância à saúde e, a depender de suas condições técnicas, negocia com a Comissão Intergestores Bipartite – CIB<sup>9</sup>, as formas de contratação do setor privado.

---

<sup>8</sup> I) Perfil demográfico da região; II) perfil epidemiológico da população a ser coberta; III) características qualitativas e quantitativas da rede de saúde na área; IV) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI) previsão do plano quinquenal de investimentos na rede; VII) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

<sup>9</sup> CIB- Comissão formada por gestores da secretaria estadual e por secretários municipais de saúde

2) Na fase de gestão parcial, além das responsabilidades da fase incipiente, o município autoriza a contratação do setor privado e assume a avaliação dos serviços públicos e privados.

3) Na fase de gestão semiplena, o município assume a completa gestão da prestação de serviços se responsabilizando pelo planejamento, cadastramento, controle e contratação dos prestadores públicos e privados.

Na Bahia, 181 municípios foram enquadrados na forma de gestão incipiente e 4, na forma de gestão parcial, segundo a NOB/93 nos anos de 1994 e 1995. Embora a população desses municípios represente 50 % em relação à população total do Estado, o processo de descentralização na Bahia não apresentou avanços significativos, pois as duas formas de gestão em que os municípios foram habilitados não transferiam a esses a responsabilidade de Gestor em Saúde (NOB/96), só alcançada na forma de gestão semiplena.

Em novembro de 1996, é publicada a NOB 01/96 (Brasil, 1996) que introduz algumas inovações no processo de transferência e gerenciamento dos recursos financeiros no âmbito municipal, como: o repasse de recursos fundo a fundo, adotando-se o critério populacional para o estabelecimento do PAB–Piso Assistencial Básico<sup>10</sup>; a criação de “fatores de estímulo” à incorporação, pelos municípios, de um conjunto de responsabilidades com ações de saúde pública e “programas especiais”, como as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e os programas de “saúde da família”; a programação pactuada integrada–PPI entre gestores, mecanismo de racionalização da oferta de serviços assistenciais básicos e de alta e média complexidade, estimulando a reorientação da relação do gestor público com a rede contratada e conveniada.

A implementação da NOB/96 contempla a habilitação dos municípios em duas fases de gestão, a depender da sua capacidade de cumprir os requisitos referentes a cada fase, conforme descrito a seguir:

---

<sup>10</sup> PAB – Montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. É definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município e transferido de forma regular e automática aos fundos municipais de saúde (M. S. NOB /96). A assistência básica passa a ser co-financiada através de repasse fundo a fundo pelo PAB e pelos incentivos destinados ao programa saúde da família e de agentes comunitários e da vigilância sanitária, epidemiológica e nutricional que compõem a parte variável do PAB. Após um ano e seis meses de negociação para implantação da NOB/96, em dezembro de 97, as associações dos secretários estaduais e municipais de saúde conseguiram chegar a um acordo com o Ministério da Saúde sobre o valor do PAB.

Na fase de gestão Plena da Atenção Básica, o município é responsável pela elaboração da programação e execução dos serviços de atenção básica do município, incluindo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e, quando necessário, contratando serviços da rede privada, além de pactuar com outros municípios e com o estado através de uma programação com os secretários municipais, a referência ambulatorial especializada e hospitalar.

Na fase de gestão Plena do Sistema Municipal, o município é responsável pela elaboração da programação e execução de todos os serviços de saúde, incluindo as ações de alta complexidade, da vigilância sanitária e epidemiológica, além da rede hospitalar e a contratação, controle e auditoria de todos os serviços de alta e média complexidade oferecidos no município ou pactuado entre gestores.

Embora vários artigos da NOB/96 não tenham sido regulamentados, em março de 1998, 57 municípios baianos habilitados receberam o Piso de Atenção Básica e na mesma ocasião mais 148 municípios foram habilitados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT, e a partir do mês de maio, também receberam o PAB.

Com a política de ajuste e a crise fiscal dos países da América Latina na década de 80, devido à diminuição do Produto Interno Bruto *per capita*, várias questões relacionadas ao financiamento da saúde têm sido colocadas na agenda dos governantes e nos estudos da Economia Sanitária (POSSAS, 1996; MELAMED, 1996). A busca de soluções para enfrentar a crise, garantindo fontes de financiamento estáveis e uma melhor aplicabilidade dos recursos públicos, tem gerado conflitos entre uma perspectiva expansionista e outra racionalizadora. A primeira colocando como fundamental o incremento de recursos públicos para a saúde e a segunda, a racionalidade administrativa<sup>11</sup>.

As pesquisas publicadas nesses últimos dez anos têm se pautado em comparações entre países e avaliações dos recursos investidos no âmbito federal. PINTO (1998), em publicação do CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, coloca a necessidade do desenvolvimento de pesquisas e estudos mais detalhados, para uma maior compreensão do que está ocorrendo com o financiamento do setor saúde no Brasil.

---

<sup>11</sup> Ver Mendes (1996, pág. 149 a 176), a tensão entre a vertente "incrementalista" e a "racionalizadora"

Considerando que, na Bahia, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde começou a ser implementado a partir da habilitação dos municípios em alguma forma de gestão, segundo a NOB/96, principalmente no que se refere às transferências de recursos federais aos municípios, este estudo procura avaliar as mudanças ocorridas no financiamento das ações de saúde dos municípios habilitados na fase de Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a NOB/96 explorando as seguintes questões:

Que mudanças ocorreram nas **formas de financiamento** dos sistemas de saúde dos municípios da Bahia, que se habilitaram à Gestão Plena da Atenção Básica estabelecida na NOB/ 96?

Qual o **volume** de recursos recebidos pelos municípios, antes e depois da implantação do PAB? Ocorreu alguma alteração no **volume das transferências financeiras federais e estaduais** aos municípios após sua habilitação à NOB/96? Ocorreu alguma alteração no **volume de recursos próprios** do orçamento municipal para a saúde após sua habilitação à NOB 96?

Como estão sendo gastos os recursos dos orçamentos municipais em saúde? Ocorreu alguma alteração no **padrão de gasto** após a habilitação dos municípios à NOB 96? Os gastos municipais correspondem ao que foi programado nos respectivos Planos Municipais de Saúde?

A análise destas questões permitirá avaliar o impacto da NOB/96 no financiamento municipal das ações de saúde na Bahia, no período 1997-1998, o qual constitui o objetivo do presente estudo.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Tipo e desenho do estudo

A proposta preliminar deste estudo era realizar uma avaliação de impacto/efeitos (COHEN, FRANCO, 1994) do processo de implantação da NOB 01/96, tendo como objeto as mudanças ocorridas nas **formas de financiamento**, no **volume de recursos** e no **padrão de gastos** em uma amostra selecionada de municípios que se habilitaram na Gestão Plena da Atenção Básica até março de 1998.

Os termos efeito e impacto estão associados a distintos momentos do processo de avaliação de implementação de uma política ou projeto (COHEN, FRANCO, 1994; AGUILAR, 1994). O termo efeito é definido como "todo comportamento ou acontecimento que se pode razoavelmente dizer que sofreu influência de algum aspecto do programa ou projeto" (BOND apud COHEN, FRANCO, 1994 p. 91). O termo impacto, por sua vez, é definido como "um resultado dos efeitos de um projeto" (ONU, apud COHEN, FRANCO, 1994 p. 92).

"Existem efeitos procurados, ou seja aqueles que inicialmente se pensou em atingir com o projeto e que, por isso, foram previstos como objetivos. Existem outros não procurados, mas que ocorreram em consequência da realização do projeto". "Por definição, os efeitos procurados têm que ser previstos (já que não se pode procurar ou desejar o que não se conhece) e também têm que ser positivos (pois não seria lógico elaborar projetos para conseguir resultados negativos à luz da imagem objetivo)" (COHEN, FRANCO, 1994; p. 92).

A avaliação de efeitos pode ser realizada antes do início, durante a execução ou ao final do projeto Para alguns autores, a avaliação ex-ante pretende antecipar os efeitos impactos que podem ser obtidos com o projeto. A avaliação ex-post pode ser realizada quando o projeto está em curso ao término de sua execução e até meses e anos depois de finalizada (COHEN, FRANCO, 1994; AGUILAR, 1994).

A avaliação dos efeitos do processo de implementação da NOB/96 no financiamento do SUS municipal pressupõe que se explicitem quais os efeitos previstos ou esperados. No caso, esperava-se um aumento no volume de recursos transferidos do



governo federal aos municípios, o que poderia significar um aumento do volume total dos recursos financeiros destinados à saúde no orçamento municipal.

Para aferir se essa modificação ocorreu, optamos por realizar um estudo tipo “antes–depois” em um grupo selecionado de municípios. Coletaram-se dados relativos ao período imediatamente anterior (1997) à implementação da NOB/96 e dados referentes ao período imediatamente posterior (1998). Foi possível, portanto, comparar os dados relativos ao volume de recursos por fonte e identificar um possível efeito da NOB/96 no financiamento municipal.

Também se pretendia realizar tal comparação com relação ao padrão de gastos municipais, buscando-se identificar mudanças nas prioridades políticas e nas ações desenvolvidas. Não foi possível, entretanto, realizar tal comparação, efetuando-se a descrição e análise dos gastos municipais em saúde por elemento de despesa, conforme explicitado nos relatórios anuais de prestação de contas.

## **2.2 Definição de termos**

A coleta, processamento e análise dos dados empíricos, foram organizados a partir da definição de alguns termos de referência, noções e indicadores utilizados em economia sanitária e administração financeira, de uso corrente na área da saúde.

Nesse sentido, o objeto de estudo pode ser definido como **a situação orçamentária e financeira do sistema municipal de saúde**, caracterizada a partir da análise do orçamento municipal em geral e do orçamento municipal para a saúde, documentos institucionais que contêm informações relativas ao volume de recursos financeiros por fonte e elemento de despesa, bem como pela análise dos documentos resultantes da gerência do Fundo Municipal de Saúde, isto é relatórios de prestação de contas dos municípios selecionados.

### **2.2.1 Processo orçamentário e gerência financeira dos recursos de saúde na esfera municipal**

O processo de elaboração do orçamento governamental implica uma previsão de receitas que autoriza o poder executivo a fazer determinadas despesas. O orçamento é

uma simulação e não uma garantia dos recursos a serem aplicados. Todo orçamento é composto por: fontes de receitas, os órgãos ou entidades para os quais serão destinados essas receitas e os objetos de gasto que serão realizados pelos órgãos ou unidades.

A legislação em vigor (Lei 4.320/64 atualizada através de portarias e resoluções) estabelece que os governos devem elaborar os seguintes instrumentos legais: plano plurianual; diretrizes orçamentárias e orçamento anual. Na esfera municipal, a lei orçamentária anual compreende:

- a) O orçamento fiscal referente aos poderes municipais, seus fundos (inclui-se aqui o Fundo Municipal de Saúde como Fundo Especial, conforme determina a legislação do SUS e a lei 8.660), órgãos e entidades de administração direta e indireta, inclusive as fundações instituídas e mantidas pelo município.
- b) O orçamento de investimentos das empresas em que o município, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto.
- c) O orçamento da seguridade social abrangendo todas as entidades e órgãos a ele vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos especiais e fundações instituídos e mantidos pelo município, que desenvolvam ações de saúde, previdência e assistência social.

Em cada um desses orçamentos é discriminado o montante previsto de receitas, que se classificam em categorias econômicas de capital e corrente, segundo a Lei 4.320 /1964. As Receitas Correntes são as receitas tributárias patrimoniais, industriais e diversas e ainda as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinados a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes<sup>12</sup>. As Receitas de capital, por sua vez são as provenientes da obtenção de recursos financeiros oriundos da constituição de dívidas; da conversão em espécie, de bens e direitos; os recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital<sup>13</sup> e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente.

---

<sup>12</sup> Despesas Correntes – Constituem o grupo de despesas da Administração Pública, para a manutenção e o funcionamento dos serviços públicos em geral, quer através da Administração Direta, quer da Administração Indireta.

<sup>13</sup> Despesas de Capital – constitui o grupo de despesas da Administração Pública, direta ou indireta, com intenção de adquirir ou constituir bens de capital que contribuirão para a produção ou geração de novos bens ou serviços e integrarão o patrimônio público, o qual abrange também as ruas, rodovias, praças parques, jardins,

Após a aprovação do orçamento, começa a fase de execução orçamentária que se caracteriza pelo ingresso da receita e pelo cumprimento dos planos de trabalho. No caso específico da Saúde, a administração financeira deverá ser realizada através do FMS-Fundo Municipal de Saúde<sup>14</sup> (Lei 8.142/90). Na prática, verifica-se que a gerência dos FMS não tem sido homogênea. Nos municípios onde se exercita o princípio da descentralização administrativa, o FMS agrega tanto os recursos oriundos do orçamento geral do município destinados à saúde, quanto os recursos transferidos de outras instâncias de governo. No caso de municípios onde a administração ainda é centralizada, são destinados ao FMS apenas os recursos transferidos de outras instâncias de governo .

Com a NOB/96, os FMS, em geral, passaram a receber automaticamente, os recursos do PAB–Piso de Atenção Básica<sup>15</sup> (transferências efetuadas pelo nível federal). Quanto as transferências estaduais, o mecanismo que ainda prevalece é o convênio, cujo recurso pode estar ou não agregado ao FMS. A depender da lei de criação, o Fundo Municipal de Saúde é gerenciado pela Secretária de Saúde, com contabilidade própria. Para gastar os recursos, é necessária a realização de uma programação trimestral, que deverá ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, na qual são estabelecidas as cotas destinadas a cada unidade orçamentária, com base nas quais o poder executivo autoriza a despesa. A execução da despesa municipal, seja ela de capital (investimentos e transferências) ou corrente (custeio<sup>16</sup> e transferências), compreende as etapas de liquidação<sup>17</sup>, empenho<sup>18</sup> e pagamentos.

---

considerados e classificados como bens de uso comum do povo e que não são demonstrados ou evidenciados no balanço patrimonial, mas são contabilizados no momento em que são realizados as operações que envolvem esses valores .

<sup>14</sup> O Fundo Municipal de Saúde está estabelecido na Lei 4.320 /64 como fundo especial e deverá ser responsável pela gerência Financeira dos recursos da saúde. “Artigo 71. Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação”.

<sup>15</sup> Em 1998, foi fixado o valor per capita para Atenção Básica de, no mínimo, R\$10,00 e, no máximo, R\$18,00 por habitante ano que constitui o PAB fixo, além dos incentivos que constitui o PAB variável. Este, no ano de 1998 incluiu: a) Programa de agentes comunitários de saúde – R\$2.200,00 por agente ano; b) Piso Básico de Vigilância Sanitária- R\$ 0,25, por habitante ano; c) Combate as carências nutricionais R\$180,00, por criança desnutrida mais a metade dos recursos para outras ações de vigilância nutricional; d) Assistência Farmacêutica Básica- R\$2,00 por habitante ano nos municípios de até 21 mil habitantes

<sup>16</sup> Despesas de Custeio – despesas realizadas pela administração, na manutenção e operação de serviços internos e externos já criados e instalados, inclusive aquelas que dizem respeito a obras de conservação adaptação e manutenção de bens imóveis e móveis e de natureza industrial.

<sup>17</sup> Liquidação – consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito

<sup>18</sup> Empenho – é o ato da autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição.

Finalmente, o processo de gerenciamento dos recursos financeiros no âmbito municipal se completa com o controle da execução orçamentária, tanto externo quanto interno<sup>19</sup>. Os órgãos responsáveis pelo controle dos recursos são o tribunal de contas dos estados e o poder legislativo. Como o município exerce o controle interno através da contabilidade, o papel do tribunal de contas é apoiar o legislativo no controle externo. Mensalmente, e a cada exercício a contabilidade do município demonstrará os resultados da execução orçamentária através de balanços patrimoniais, orçamentário e financeiros.

Especificamente no âmbito do SUS, a Lei 8.142/90 estabelece como papel dos conselhos municipais de saúde a fiscalização e o controle dos recursos financeiros, o que implica periodicamente serem apresentados aos CMSs os balancetes de prestação de contas dos recursos alocados no Fundo Municipal de Saúde, os quais, uma vez aprovados compõem os Relatórios de Gestão. A ata de aprovação do relatório de gestão é o documento que permite a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde acompanharem o desempenho do SUS municipal.

### **2.3 Caracterização e seleção dos municípios do estudo**

O ponto de partida para a seleção dos municípios a serem incluídos na amostra foi a identificação dos municípios do Estado que haviam sido habilitados na fase de “gestão incipiente”, segundo a NOB 01/93 pela Comissão Intergestores Bipartite nos anos de 1994 e 1995, o que conduziu a um total de 151 municípios. A escolha de municípios que obedecesse a esse critério levou em conta o fato de esses municípios já terem cumprido alguns requisitos básicos do processo de municipalização, especialmente a criação do Fundo Municipal de Saúde e a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Entre os 151 municípios já habilitados, segundo a NOB/93, foram identificados 78 municípios habilitados à NOB /96 até março de 1998, qualificados a receberem o Piso de Atenção Básica até maio de 1998 (anexo I), que se constituíram no universo do

---

<sup>19</sup> Art.70 da lei 4.320/64- A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da união e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncias de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo e pelo sistema de controle interno de cada poder.

estudo. Esses 78 municípios foram estratificados por faixa populacional, utilizando-se a classificação do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (anexo II). Decidiu-se construir uma amostra estratificada, com municípios de cada uma das classes, o que implicou a inclusão automática dos municípios pertencentes aos grupos 1, 6, 7, 8 (anexo III), por apresentarem um número reduzido de municípios (1 a 4). Os demais grupos, que contêm um número elevado de municípios (8 a 27), foram reagrupados em um único conjunto (71 municípios - anexo IV), do qual foi extraída uma amostra aleatória máxima de 41 municípios (anexo V), assumindo-se uma confiança de 90%. Os municípios sorteados e os incluídos automaticamente foram agrupados na classe populacional a que pertencem e, em seguida, reagrupados por grau de IDE<sup>20</sup>, segundo graus de classificação mínimo, médio e máximo (anexo VI).

**Tabela 1 - Municípios habilitados-NOB /96 até março de 1998 e amostra selecionada, segundo tamanho da população**

Classes	Nº de municípios	Nº de municípios		%
		Da amostra		
MENOS DE 5 MIL HABITANTES	1	1		100,0
DE 5 A < 10MIL HABITANTES	8	5		62,5
DE 10 A 20 MIL HABITANTES	25	15		60,0
DE 20 A < 50 MIL HABITANTES	27	15		66,0
DE 50 A <100 MIL HABITANTES	11	5		54,5
DE 100 A < 200 MIL HABITANTES	4	4		100,0
DE 200 A < 500 MIL HABITANTES	1	1		100,0
ACIMA DE 500 MIL HABITANTES	1	1		100,0
TOTAL	78	48		

Dos 48 municípios incluídos na amostra, apenas 16 entregaram os dados solicitados referentes aos dois momentos do estudo (97 e 98), sendo que desses, um foi

<sup>20</sup> IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico utilizado pelo SEI (Superintendência de Estudos Econômicos), Governo do Estado da Bahia, para classificar os municípios baianos. Esse índice foi estabelecido, segundo indicadores agrupados como Proxies, do grau de desenvolvimento e desempenho do fator específico, considerados em três grupos de indicadores: Índice de Renda Municipal -IRM, Índice de Infra-estrutura– INF e Índice da Qualificação da Mão de Obra-CAP

excluído pois o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema, segundo a NOB/96, em julho de 1998, restando 15 municípios (anexo VII), que foram reagrupados em três grupos, segundo o tamanho da população: pequeno (até 50 mil habitantes), médio (de 50 a 100 mil habitantes), e de grande porte (acima de 100 mil habitantes).

A Tabela 2 apresenta o número de municípios de cada grupo, sendo que os municípios de médio porte representam 13% do total de municípios, enquanto o grupo de municípios até 50 mil habitantes e com mais de 100 mil correspondem a 47 e 40%, respectivamente.

**Tabela 2-Amostra de municípios habilitados pela NOB /96 até março de 1998, segundo tamanho da população**

Classe Populacional	Nº de municípios	%
Até 50.000 habitantes	7	47
50.000 a 100.000 habitantes	2	13
Acima de 100.000 habitantes	6	40
	15	100

#### **2.4 Procedimentos para a coleta dos dados**

O estudo dos 15 municípios selecionados utilizou como técnica privilegiada para a coleta de dados a análise documental (PHILLIPS, 1974). Os dados foram apreendidos a partir do preenchimento de instrumentos que permitiram uma análise comparativa entre os municípios estudados.

O volume de recursos, o gasto *per capita* e o padrão de gasto em saúde foram sintetizados em uma planilha de execução orçamentária contida na Instrução Normativa 001 /98 do M.S (anexo VII)<sup>21</sup>. Para cada um dos 15 municípios foi preenchida uma planilha referente ao ano de 1997 e outra ao de 1998 (anexo IX), cada uma contendo informações referentes às receitas e despesas por fonte de investimento e elemento de despesa. Esses instrumentos foram preenchidos a partir do balancete de execução orçamentária geral da Prefeitura, do mês de dezembro de cada ano em estudo e com

<sup>21</sup> Esta planilha é um documento que deve ser preenchido com dados da execução orçamentária do ano anterior à solicitação da habilitação do município em uma das duas fases de gestão estabelecida na NOB/96.

informações complementares do DATASUS/M.S. e do Ministério da Fazenda relativos às transferências de recursos para o setor saúde.

**Quadro 1 - Matriz para coleta de dados**

<b>CATEGORIAS DE ANÁLISE</b>	<b>VARIÁVEIS OU INDICADORES</b>	<b>FONTES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Volume de recursos	% de recursos das receitas municipais gastos com saúde	Balancete de demonstração anual de receita e despesa	Anexo 7 da Instrução Normativa 01/98 do MS
	% de recursos de outras fontes sobre o total das receitas municipais		Idem
Gastos com saúde	% de recursos gastos com saúde sobre o total geral da receita	Balancete anual de receita e despesa do Fundo Municipal de Saúde e ou Balancete geral do Município	
Volume de gasto <i>per capita</i> em saúde	Valor <i>per capita</i> ano gasto com saúde	Balancete de demonstração anual de receita e despesa geral do município e do Fundo Municipal de Saúde	
Composição do gasto em saúde	% de recursos do orçamento da saúde gastos com pessoal	Relatório de Gestão e Balancete anual de demonstração de receita e despesa	
	% de recursos gastos com serviços de terceiro pessoa física		
	% de recursos do orçamento da saúde gastos com outras despesas de custeio	Relatório de Gestão e balancete anual de demonstração de receita e despesa	
	% de recursos do orçamento da saúde gastos com investimentos	Relatório de gestão e balancete anual de demonstração de receita e despesa	

Outros documentos foram utilizados para estabelecer a precisão das fontes de despesas de cada município: relatórios de transferência de recursos por tipo de despesa do DATASUS/M.S; os extratos bancários das contas do FMS anexos ao balanço patrimonial; publicações do Ministério da Fazenda sobre convênios, etc. Além disso, durante o processo de coleta, foi necessário o contato direto com o contador ou Secretário de Saúde de 40% dos municípios, pois os dados dos diversos documentos apresentavam informações contraditórias e incompletas.

## **2.5 Plano de análise**

A análise dos dados coletados junto aos municípios foi realizada em dois momentos. Em primeiro lugar, tratou-se de identificar as possíveis mudanças ocorridas no volume de recursos e na composição do orçamento municipal para a saúde, comparando-se a situação verificada em 1997 com a de 1998 nos três grupos de municípios, segundo o tamanho da população. Em segundo lugar, foram analisadas as informações relativas ao padrão de gasto municipal com saúde, identificando-se a variação do gasto *per capita* nos três grupos de municípios e a composição do gasto, segundo proporção entre gastos com investimentos e custeio.

Em cada um dos municípios investigados, foi analisado um conjunto de variáveis relativas ao volume de recursos alocados em saúde, as origens desses recursos e o padrão de gasto. Em seguida, foram construídos alguns indicadores que permitiram a comparação entre os quinze (15) municípios da amostra, especialmente: a) proporção entre recursos federais, estaduais e municipais; b) gasto *per capita*; c) gasto por elemento de despesa.

### **a) Proporção entre recursos federais/ estaduais e municipais gastos com saúde**

Os dados relativos ao volume de recursos da saúde no orçamento municipal são provenientes de fontes de recursos próprios municipais e de outras fontes: federal e estadual. Para conhecer a proporção de recursos investidos por cada uma dessas fontes, os dados das planilhas de execução orçamentária de cada município em cada ano do estudo permitiram calcular as seguintes proporções:



- Relação entre a receita própria do município e os gastos com saúde do orçamento municipal

#### **Gastos municipais com saúde**

#### **Receita própria do município**

Após o conhecimento do volume de recursos gastos nesta fonte, os municípios foram classificados em três níveis de gasto: mínimo (inferior a 8%), médio (8 a 11%) e máximo (superior a 12%)<sup>22</sup>.

- Participação relativa de outras fontes (estadual, federal e outras) sobre o total geral do orçamento municipal, calculando o percentual de recursos provindos de outras fontes

#### **Recursos provindos de outras fontes para saúde**

#### **Total geral da receita**

- Relação entre os gastos totais com saúde e a receita geral do município, calculando-se o percentual (%) dos gastos totais com saúde

#### **Gastos totais com saúde**

#### **Total geral da Receita**

### **b) Gasto *per capita* em saúde por município**

O gasto *per capita*, embora não considere as diferenças regionais em relação aos custos dos serviços de saúde, é um indicador capaz de identificar o mínimo de equidade na distribuição dos recursos. Entre os quinze municípios estudados, foi realizada uma comparação do gasto *per capita* total e por fonte de investimento. Além de analisar a evolução do gasto *per capita* do ano de 1997 em relação ao ano de 1998, a análise do

---

<sup>22</sup> Foram estabelecidos escores apenas para os gastos com recursos próprios municipais, baseando-se em propostas da VIIIª Conferência que determinou um percentual mínimo de 10% para o setor saúde (Conferência, 1987). Como essa proposta não foi incorporada ao texto constitucional, desde 1993 que tramita no congresso a PEC 169 que estipula um valor mínimo de 10% das receitas próprias para a saúde. Como no Nordeste e na Bahia alguns estudos (Carvalho et al, 1998; MENDES, 1996; MÉDICI, 1996; BUSS, 1995), demonstram que estes investimentos sempre foram abaixo da média nacional, consideramos o mínimo menor que oito.

gasto por fonte de investimento permite identificar a participação dos recursos e outras fontes para reduzir ou aumentar o valor do gasto per capita:

$$X = \frac{\text{Gasto anual em saúde}}{\text{população do município}}$$

$$X = \frac{\text{Gasto anual em saúde com recursos de outras fontes}}{\text{população do município}}$$

### c) Composição do gasto

Antes da implantação da NOB/96, os municípios recebiam os recursos transferidos do nível federal por produção. Os procedimentos de atenção básica eram classificados como procedimentos ambulatoriais, juntamente com outros procedimentos de média complexidade, impedindo portanto a desagregação dos procedimentos de atenção básica no ano de 1997.

A partir da habilitação dos municípios na NOB/96, esses começaram a receber o PAB e os recursos ambulatoriais e hospitalares fundo a fundo<sup>23</sup>. Nos dados da prestação de contas apresentados, foi observado que não há uma separação nos gastos desses recursos, o que dificultou uma análise específica sobre aqueles referentes a assistência básica.

A partir da comparação dos recursos nos anos de 1997 e 1998, decidimos analisar os recursos recebidos de forma conjunta, considerando as seguintes evidências:

- a) Dos quinze municípios estudados, seis recebiam recursos para assistência hospitalar, sendo que em três destes os recursos são para internamentos em obstetrícia e, nos demais, para unidade mista de saúde<sup>24</sup>, nos dois casos, a unidade funciona

---

<sup>23</sup> Os municípios que se habilitaram na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a NOB/96, começaram a receber recursos per capita de R\$10,00 habitante ano mais os incentivos de vigilância sanitária, carências nutricionais e para os programas de agentes comunitários e saúde da família. Esses recursos destinados à execução das ações de atenção básica e aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que não fazem parte do PAB, são transferidos do FNS diretamente para as contas bancárias dos FMS dos municípios. Sendo que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares é por produção de serviços.

<sup>24</sup> Unidade Mista-unidade assistencial que realiza internamentos e atendimentos de atenção básica

realizando procedimentos de atenção básica, o primeiro, na área de atenção à mulher e o segundo, para todos os procedimentos básicos;

- b) Os municípios de grande porte não dispõem na sua rede de hospitais e o impacto dos recursos para assistência hospitalar nos municípios de pequeno porte permaneceu na mesma proporção nos dois anos e não chegou a 35% dos recursos para atenção básica.
- c) Os recursos ambulatoriais para ações de média complexidade, mesmo nos municípios de médio e grande porte, comportaram-se na mesma proporção de um ano em relação ao outro em 80% dos municípios. O Município de Lauro de Freitas apresentou um valor maior de recursos do SIA em 1998, por dispor na sua rede de serviços ambulatoriais especializados cadastrados ao SIA, contudo o valor não ultrapassou 40% dos recursos em relação ao ano de 1997 para este item de despesa

Ao trabalharmos com os balancetes<sup>25</sup> de prestação de contas e com os relatórios anuais de gestão dos municípios, percebemos que a discriminação utilizada no balancete detalha a despesa corrente em pessoal e outros de custeio e a de capital em investimentos e outras despesas. Como o relatório de gestão não detalha essas despesas, essa discriminação permitiu apenas identificar o volume de recursos gastos com pessoal do quadro e os pagamentos de serviços de terceiros-pessoa física, e outros de custeio e investimentos, não permitindo um detalhamento maior do perfil do gasto em relação às ações desenvolvidas a partir da habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica.

Para o gasto com pessoal, estabelecemos como limite o percentual de 60%, levando em consideração a determinação da lei 8.666 que define o limite de gasto com pessoal de 60% das receitas correntes. Os demais elementos de despesa foram analisados individualmente comparando-se os valores encontrados entre os municípios estudados entre 1997 e 1998.

Na análise dos balancetes observamos que mais de 60% não apresentava nos anexos as despesas de anos anteriores detalhada por função e subfunção optamos por não considerar em ambos os não estudados os restos a pagar. A despesa não paga no ano corrente é processada no ano anterior, e paga no exercício seguinte assim diante da

---

<sup>25</sup> A análise dos relatórios de gestão e balancetes financeiros dos 15 municípios revelou a precariedade dos últimos. (Ver anexos X e XI) .

dificuldade de identificar em que subfunção foi esse gasto foi considerada a despesa paga até 31 de dezembro e não o regime de competência que seriam as despesas legalmente empenhadas pagas e não pagas (Art.35.Lei 4.320/64).

Outro aspecto observado em relação á receita foi quanto ao regime de caixa, pois todos os ingressos excluindo taxas e contribuições e receitas vinculadas não são classificados por fonte o que impedia identificar se a transferência era para a saúde. Para realizar uma aproximação do valor transferido da esfera federal para a saúde os dados dos balancetes foram comparados a outras informações disponíveis no DATASUS e Ministério da Fazenda.

### **3. RESULTADOS**

Neste capítulo, apresentaremos a situação do financiamento das ações de saúde, na Bahia, dos 15 municípios que se habilitaram, na gestão plena da atenção básica, em dois momentos: o volume e composição do orçamento municipal e o padrão de gasto em saúde, comparando-se a situação observada antes (97) e depois (98) da habilitação dos municípios à NOB 01/96.

A Tabela 3 apresenta os dados relativos ao volume de recursos orçamentários do conjunto de municípios estudados, por grupo populacional. A Tabela 4 contém as informações obtidas com relação ao gasto per capita no conjunto de municípios e a Tabela 5 apresenta os dados relativos ao gasto municipal por elemento de despesa. As informações contidas em cada tabela são descritas e analisadas de acordo com o tamanho da população nos grupos de municípios de pequeno, médio e de grande porte.

#### **3.1 Volume de recursos financeiros por fonte**

Analisaremos os resultados referentes ao volume de recursos, tendo como referência os três grupos populacionais classificados em pequeno, médio e de grande porte, conforme detalhado no capítulo de metodologia. Nos diversos grupos foram identificadas as principais diferenças entre os anos de 1997 e 1998, a partir da consolidação dos dados obtidos no instrumento de coleta. Em cada grupo de casos, o processo de análise terá como referência: volume de recursos próprios e de outras fontes e recursos totais gastos com saúde (Tabela 3).

**Tabela 3- População, IDE e Volume de recursos por fonte para saúde nos orçamentos municipais de 1997-1998**

MUNICÍPIO	POP.	IDE	% DE RECURSOS					
			PRÓPRIOS*		OUTRAS FONTES**		TOTAL***	
			1997	1998	1997	1998	1997	1998
<b>PEQUENO PORTE</b>								
<b>Ichu</b>	10.285	35,14	7,0	6,2	15,0	3,6	21,0	8,4
<b>Itarantim</b>	15.393	79,52	8,79	15,6	11,78	14,14	19,68	27,53
<b>Boa Vista do Tupim</b>	18.261	56,63	10,0	8,0	5,0	9,0	15,0	16,0
<b>Santo Estevão</b>	39.886	77,16	3,89	10,91	8,57	8,64	12,12	16,86
<b>Macaúbas</b>	40.205	67,49	11,21	22,55	13,80	21,29	23,47	41,14
<b>Barra do Choça</b>	41.054	46,93	11,91	11,04	6,1	12,65	17,29	22,30
<b>Ribeira do Pombal</b>	42.109	101,88	5,5	24,28	12,0	16,86	17,0	36,39
<b>MÉDIO PORTE</b>								
<b>Brumado</b>	63.183	188,79	7,71	7,49	1,14	2,24	8,77	9,2
<b>Serrinha</b>	79.964	128,34	8,5	6,89	10,0	10,68	17,7	16,83
<b>GRANDE PORTE</b>								
<b>Lauro de Freitas</b>	101.691	335,42	7,76	5,55	7,11	6,61	14,24	11,85
<b>Barreiras</b>	118.945	411,50	4,32	3,92	4,0	4,19	8,12	7,93
<b>Alagoinhas</b>	124.320	237,93	1,51	4,10	13,38	17,75	14,72	21,24
<b>Camaçari</b>	140.203	770,58	4,0	4,84	1,0	1,35	5,0	6,10
<b>Feira de Santana</b>	461.468	419,76	6,6	12,35	7,86	8,87	13,92	19,35
<b>Salvador</b>	2.245.522	1.114,75	2,45	-	2,0	-	4,41	-

\*Percentual de Recursos Próprios- volume de recursos destinados à saúde, sobre o total da receita própria municipal

\*\*Percentual de recursos outras fontes – volume de recursos transferidos para a saúde, sobre o total da receita municipal

\*\*\*Percentual de recursos totais- volume total de recursos destinados à saúde, sobre o total da receita municipal

### 3.1.1 Municípios de pequeno porte

Neste grupo encontram-se sete municípios com populações que variam entre 10.285 e 42.109 mil habitantes, localizados em três regiões diferentes do Estado. (Anexo IX)

#### a) Volume de recursos próprios

O volume de recursos próprios para saúde, como já citado no primeiro capítulo deste trabalho, não é determinado por legislação específica, ficando a cargo dos entes federativos distribuir o orçamento, de acordo com critérios próprios de cada governante. Nos municípios estudados, esse volume apresentou-se de forma bastante diferenciada em cada grupo de municípios.

O volume de recursos próprios considerado nesta pesquisa, conforme detalhamento do Capítulo 2, foi analisado a partir de parâmetros pré-estabelecidos:

menor que 8%; entre 8 e 10% e acima de 10%. Esses percentuais foram determinados, conforme propostas da VIIIª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA, 1987; p. 225) e da PEC 169 (CARVALHO, et al, 1998), considerando o estabelecido no instrumento de coleta como receita própria de cada município.

Em 1997, 3 dos 7 municípios investiram menos de 8%; 2 entre 8 e 10% e 2 mais de 10%. Já em 1998, ocorreu um aumento significativo no volume de recursos próprios investidos, quando apenas um município investiu menos de 8% e um entre 8 e 10%, ampliando de 3 para 5 o número de municípios que investiram mais de 10%. Chamou atenção o Município de Ribeira do Pombal que aumentou o investimento de 5,5% para 24,28% de um ano para outro.

Ao analisarmos os tributos arrecadados nesses municípios no ano de 1998 em relação a 1997 (anexo X), percebemos que apenas dois municípios (Ichu e Ribeira do Pombal) apresentaram um aumento de arrecadação, elevando sua receita própria. Um município (Itarantim), reduziu sua arrecadação e quatro (Boa Vista do Tupim, Barra do Choça, Macaúbas e Santo Estevão) permaneceram sem aumentos significativos

Apesar disso, pudemos observar que, no ano de 1998, em geral, os municípios com menos de 50.000 habitantes gastaram mais recursos próprios com saúde que em 1997, coincidindo com o aumento das responsabilidades na execução das ações de saúde no âmbito municipal, a partir da implementação da NOB/96.

## **b) Recursos de outras fontes**

Foram considerados como recursos de outras fontes os recursos transferidos do governo estadual e federal para a saúde.

Os referidos recursos foram, em sua maioria, do nível federal, provenientes do pagamento pela produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, transferências do PAB e convênios. Na última modalidade, 4 municípios receberam recursos provenientes de convênios com o nível federal, em 1997 e 5, em 1998. As transferências estaduais foram realizadas pela modalidade de convênios. Em 1997 apenas os municípios de Macaúbas e Ichu receberam tais recursos, representando 27% e 53% respectivamente, do total das receitas para a saúde. Em 1998, em outros 2 municípios contemplados, os valores não representaram 2% do total das receitas.

As transferências especificadas no Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, especificamente o PAB, foram responsáveis pelo aumento do volume das receitas transferidas em até 100%, em dois municípios. Nos demais, esse aumento teve uma variação de 10 e 40%. A Tabela 3. demonstra que o Município de Ichu foi o único que sofreu uma redução no volume de recursos transferidos entre 97 e 98, redução essa da ordem de 70%. A explicação para o fato reside no encerramento do convênio estadual vigente no ano anterior, que foi responsável por 53% das suas receitas em 1997.

### **c) Recursos totais para a saúde**

Quando somamos o gasto com recurso próprio e transferido, observamos que a maioria dos municípios investiram mais de 12% de recursos, com aumento entre 60 e 100% nos municípios em que o volume de recursos de transferências foi ampliado na mesma proporção. Apenas o município de Ichu reduziu o seu investimento, o que está associado ao fato já citado anteriormente neste capítulo.

Chama a atenção a variação observada entre municípios que contam com aproximadamente; o mesmo tamanho de população e apresentam percentuais diferenciados de recursos para a saúde. Tomamos como exemplo os municípios de: Barra do Choça (41.054 hab.); Macaúbas (40.205 hab.); Ribeira do Pombal (42.109 hab.) e Santo Estevão (39.886 hab.), nos quais observamos que o volume total de recursos para a saúde foi de 22,30%; 41,14%; 36,39 e 20,27%, respectivamente, apresentando diferenças significativas entre os mesmos.

### **3.1.2 Municípios de médio porte**

Foram considerados no grupo de médio porte dois municípios, Brumado e Serrinha com população de 63.183 e 79.964 mil habitantes, respectivamente. Descreveremos, a seguir, a situação dos recursos destinados à saúde em 1997 e 1998.



#### **a) Volume de recursos próprios**

O volume de recursos destinados à saúde, nos 2 anos em Brumado, ficou entre 8 e 10%, enquanto em Serrinha foi de mais de 10% nos dois anos. A Tabela 3 detalha o volume de recursos próprios, de outras fontes e totais dos 2 municípios

O volume de recursos próprios colocado no orçamento municipal no município de Brumado, não chegou a 8% nos dois anos estudados. Já em Serrinha, o valor ficou entre 8 e 10%, em 1997, caindo para menos de 8%, em 1998. Podemos constatar que essa situação difere da encontrada nos municípios de pequeno porte que ampliaram o percentual de recursos próprios no orçamento da saúde de um ano para outro.

#### **b) Recursos de outras fontes**

Como se pode observar na Tabela 3 ocorreu um pequeno aumento de um ano em relação ao outro, no que diz respeito aos recursos provindos de outras fontes que não os recursos próprios dos municípios.

#### **c) Recursos totais**

O Município de Brumado não chegou a gastar 10% no total de recursos em relação à receita local. Chama a atenção que, neste grupo, encontra-se o Município que possui o maior valor de IDE. Parece, entretanto, não haver relação entre IDE e capacidade de investimento no setor saúde.

### **3.1.3 Municípios de Grande Porte**

Estão no grupo de grande porte os municípios de 100 mil habitantes acima, sendo que, desses, 4 possuem de 100 a 200 mil habitantes, 1 possui 470 mil, e Salvador possui mais de 2 milhões de habitantes.

#### **a) Volume de recursos próprios**

Os seis municípios de grande porte fazem parte do grupo de municípios com maior receita de recursos próprios no Estado da Bahia. A Tabela 3 apresenta o volume de recursos próprios gastos com saúde nos dois anos estudados.

O volume de recursos gastos com saúde em 1997 em todos esses municípios foi inferior a 8%, excluindo o Município de Feira de Santana que gastou mais de 10%, o

Município de Salvador, apesar de ter aumentado o valor do gasto com saúde em 55%, não alcançou os 10% nos dois anos, levando-se em consideração os gastos de 1997<sup>26</sup>. Em 1998, os municípios que reduziram o gasto próprio tiveram seu percentual total reduzido na mesma proporção, foram os casos de Barreiras e Lauro de Freitas.

Em relação aos recursos próprios, o gasto percentual de todos os municípios não atingiu 8% em 1997, e, em 1998, apenas Feira de Santana investiu 12,35%. Aqui também se revela uma diferença com relação aos municípios de pequeno porte que, como vimos anteriormente, investiram percentualmente mais dos seus recursos próprios em saúde, em sua maioria mais de 10%, principalmente no ano de 1998.

### **b) Recursos de outras fontes**

O percentual de recursos provindos de outras fontes, nos municípios de Camaçari e Barreiras, nos dois anos, não chegaram a 5%, em relação ao total das receitas municipais. Em Salvador, em 1997, esses recursos de outras fontes representaram apenas 2% e, mesmo com o aumento de 200% nas transferências após o PAB, esse valor não chegou a 8% em 1998.

Chama atenção neste grupo o Município de Alagoinhas, por ser o único, do grupo, que o volume de recursos de outras fontes em 1997 foi 9 vezes maior que o de recursos próprios, e em 1998, este valor foi 5 vezes maior (anexo XIII).

Observamos que o volume de recursos gastos nos municípios de grande porte não apresenta relação com o tamanho da população, pois os municípios de maior população são os que investem menos em saúde.

## **3.2 Gasto municipal em saúde**

### **3.2.1 Gasto per capita**

A Tabela 4 detalha os valores gastos com saúde nos quinze municípios, especificando o gasto *per capita* com recursos próprios (GPCM), gasto *per capita* com recursos de outras fontes (GPCOF) e o gasto *per capita* total com saúde (GPCT).

---

<sup>26</sup> O município não enviou o balancete da execução orçamentária de 1998. As informações foram extraídas do relatório de gestão que apresenta os dados até novembro. Não temos como calcular o % gasto em relação a receita total.

**Tabela 4- Gasto *per capita* com recursos próprios e de outras fontes em saúde nos municípios estudados-1997/1998**

MUNICÍPIO	GPCM (R\$)		GPCOF (R\$)		GPCT (R\$)	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
<b>PEQUENO PORTE</b>						
Ichu	9,70	23,80	25,00	17,90	34,98	41,80
Itarantim	20,50	35,40	30,60	37,40	51,07	72,89
Boa Vista do Tupim	13,66	11,50	7,50	16,00	21,18	27,59
Santo Estevão	4,20	12,60	9,70	13,50	13,71	26,21
Macaúbas	8,00	18,00	8,00	11,40	19,45	37,55
Barra do Choça	9,10	9,30	4,90	10,0	13,93	21,40
Ribeira do Pombal	4,60	27,90	11,70	24,10	16,31	52,09
<b>MÉDIO PORTE</b>						
Brumado	8,50	9,50	1,30	3,10	9,79	12,59
Serrinha	6,00	5,70	7,70	9,90	13,70	15,62
<b>GRANDE PORTE</b>						
Lauro de Freitas	16,30	17,50	16,20	22,10	32,60	39,64
Barreiras	10,30	9,30	10,00	10,50	20,42	19,82
Alagoinhas	1,60	4,05	15,90	20,62	17,45	24,68
Camaçari	26,20	40,80	10,0	11,60	36,23	52,60
Feira de Santana	6,50	10,60	8,40	8,90	14,96	19,58
Salvador	5,10	5,80	4,20	11,20	9,36	16,99

GPCM- Gasto per capita recursos municipais

GPCOF- Gasto per capita recursos de outras fontes

GPCT- Gasto per capita total

#### **a) Gasto *per capita* nos municípios de pequeno porte**

O gasto *per capita* em saúde, em 1997, nos municípios de pequeno porte variou entre 13 reais (o menor) e 51 reais (o maior), sendo que houve uma concentração de municípios (5 deles) no intervalo compreendido entre 13,71 e 21,18 reais. Nos outros dois municípios, observou-se um gasto *per capita* de 42,00 e 51,00 reais, o dobro e mais do dobro do valor verificado nos primeiros. Já em 1998, observou-se um aumento geral nos valores *per capita*, sendo que o menor *per capita* foi de 21,40 reais e o maior de 72,89 reais, ou seja, tanto se elevou o “pisso” quanto aumentou a amplitude de variação, sendo o maior valor *per capita* quase 4 vezes superior ao menor<sup>27</sup> Apenas em um município, Ichu, ocorreu redução do gasto *per capita* em saúde de um ano a outro. Contudo, esse valor, mesmo com a redução de um ano para outro, ainda permaneceu maior do que o *per capita* de outros municípios no mesmo ano.

<sup>27</sup> O ANEXO XIV apresenta um gráfico com os valores da mediana e um gráfico que compara os gastos *per capita* em 1997 e 1998

Desagregando a análise por fonte de recursos, verificamos que apenas dois municípios reduziram o gasto *per capita* com recursos próprios em 1998, com relação a 1997. Os demais aumentaram, por conta da elevação do volume de recursos próprios alocados no setor. Chamam a atenção os municípios de Macaúbas, Santo Estevão e Ribeira do Pombal que tiveram aumento entre 150 e 600%.

Em decorrência do aumento no volume de recursos transferidos de outras fontes, observou-se também uma elevação dos valores *per capita* em todos os municípios de um ano para outro. De fato, com a implantação do PAB, os municípios que já recebiam recursos de atenção hospitalar e ambulatorial ampliaram seu volume de recursos, e os demais começaram a receber o PAB e incentivos, que em sua maioria estão vinculados ao critério populacional<sup>28</sup> (Vigilância Sanitária e PACS).

Esses dados são confirmados através do Sistema de Informações do DATASUS sobre o volume de recursos, o que demonstra que, apesar de o PAB ter sido de R\$10,00 hab./ano, muitos municípios continuaram recebendo mais recursos do que outros, fato associado ao repasse diferenciado de recursos, em função dos incentivos a ações específicas, bem como ao fato de alguns municípios continuarem recebendo pela produção de serviços ambulatoriais.

Um outro elemento que poderia estar influenciando na diferenciação dos percentuais encontrados diz respeito ao fato de alguns municípios desse grupo, quatro deles (Boa Vista do Tupim, Ichu, Itarantim e Santo Estevão), contarem com serviços hospitalares, e portanto, receberem recursos para pagamento desses serviços.

Entretanto, comparando-se o *per capita* desses quatro municípios, (Tabela 4), em 1998: Itarantim-72,89; Santo Estevão-26,21; Boa Vista do Tupim<sup>29</sup>-27,60 e Ichu-34,99, percebemos diferenças significativas que não podem ser explicadas com as informações disponíveis. Além disso, observa-se que os três municípios que não mantêm assistência hospitalar própria estão gastando percentuais comparáveis com os de municípios que mantêm essa assistência, o que indica a existência de perfis

---

<sup>28</sup> Apenas o incentivo referente às ações dirigidas ao enfrentamento de Carências Nutricionais é definido em função do perfil epidemiológico dos municípios.

<sup>29</sup> O hospital deste município não era cadastrado no SUS, o município recebia apenas os recursos do PAB e de convênios

diferenciados de oferta de serviços à população, em patamares semelhantes de gastos no setor.

### **b) Gasto *per capita* nos municípios de médio porte**

Nos municípios de Brumado e Serrinha, o gasto *per capita* aumentou em 1998, devido ao aumento do volume de recursos provenientes de outras fontes, visto que o volume de recursos próprios diminuiu no período. Chama a atenção que, neste grupo, detectaram-se os menores valores de gasto *per capita* (12,59 e 15,62), inferiores, inclusive, ao gasto *per capita* dos municípios de menor porte.

### **c) Gasto *per capita* nos municípios de grande porte**

A Tabela 4 demonstra que o *per capita* de todos os municípios desse grupo aumentou de um ano para outro, com exceção de Barreiras, onde diminuiu. A variação do gasto *per capita* em 1998, neste grupo, oscilou entre R\$16,99 (menor gasto) e R\$52,60 (maior). No Município de Lauro de Freitas, apesar de ter diminuído o % de recursos próprios em relação ao total da receita, naquele ano manteve-se o *per capita* elevado, devido ao volume de recursos totais ter aumentado.

No Município de Camaçari, apesar de ter aumentado apenas em 20% o volume total de recursos de um ano para outro, o *per capita* teve um aumento significativo de 45%. Excluindo o Município de Camaçari com um *per capita* de R\$52,60, em 1998, os demais municípios deste grupo estão na mesma faixa ou com um *per capita* inferior aos dos municípios de pequeno e os de médio porte, o Gráfico 2 (anexo XIV) demonstra essa variação do gasto *per capita* nos três grupos de municípios.

## **3.2.2 Composição do Gasto municipal em saúde**

Com relação aos gastos com saúde efetuados nos municípios selecionados, cabe observar, em primeiro lugar, que a análise dos balancetes financeiros, nos dois anos considerados, revelou que, na grande maioria dos municípios, os recursos alocados nos Fundos Municipais de Saúde, especialmente aqueles transferidos de fontes federais e estaduais, foram gastos.

A exceção a essa regra é constituída pelos municípios de Brumado e Feira de Santana, o primeiro, incluído no grupo dos municípios de médio porte, e o segundo, um

município de grande porte. No município de Brumado, o volume de recursos de transferência em 1998 aumentou 50% em 1997, em relação a 1997 e, em Feira de Santana, esse aumento foi de 64%, embora a Tabela 3 evidencie um aumento, no percentual de um ano a outro, de 1,14 em 1997, para 2,24, em 1998, e de 7,86, em 1997, para 8,87, em 1998, nos dois municípios, respectivamente, contudo os recursos recebidos foram bem maiores que os gastos<sup>30</sup>.

Passando a analisar a composição do gasto propriamente dito, a Tabela 5 apresenta o percentual de recursos gastos por elemento de despesas nos dois anos estudados.

**Tabela 5- Padrão de gastos dos municípios da Bahia, estudados em 1997 e 1998**

MUNICÍPIOS	SALÁRIO PESSOAL FIXO (%)		OUTROS DE CUSTEIO (%)				INVESTIMENTOS (%)	
	1997	1998	Serviços de terceiros - Pessoa Física		Material de consumo		1997	1998
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
<b>PEQUENO PORTE</b>								
<b>Ichu</b>	26,9	18,9	0	0	73,1	68,2	0	16,1
<b>Itarantim</b>	37,9	36,0	21,9	10,7	38,0	52,3	2,2	1,0
<b>Boa Vista do Tupim</b>	22	16,8	42,6	45	32,8	30,4	2,6	7,8
<b>Barra do Choça</b>	0	37,2	0	3,4	100	35,6	-	23,8
<b>Macaubas</b>	15,1	59,9	33,7	30,9	50,2	5,5	1,0	3,7
<b>Ribeira do Pombal</b>	45,4	43,8	25,3	-	20,1	2,9	9,2	53,3
<b>Santo Estevão</b>	28,2	21,1	47,8	0	21,2	78,9	2,8	0
<b>MÉDIO PORTE</b>								
<b>Brumado</b>	42,3	39,3	4,9	26,4	36,8	29,1	16,4	5,2
<b>Serrinha</b>	42,8	11,1	0	50,4	57,2	38,2	0	0,3
<b>GRANDE PORTE</b>								
<b>Camaçari</b>	56,4	53,8	0	3,2	41,8	40,9	1,8	2,1
<b>Feira de Santana</b>	43	34,9	0	11,3	56,2	52,2	0,8	1,6
<b>Alagoinhas</b>	22,4	22,3	12,2	18,7	54,8	38,9	10,6	20,1
<b>Barreiras</b>	0	35,9	0	54,8	0	7,0	0	2,3
<b>Lauro de Freitas</b>	24,9	17,9	19,8	20,5	48,9	55,2	7,4	6,4
<b>Salvador</b>	48,9	88,6	0	0	50,5	10,2	0,6	1,2

<sup>30</sup> O balancete de dezembro de 1998 demonstrou um saldo, de R\$3.000.000,00 em Feira de Santana e, de R\$437.000,00 em Brumado o que daria um aumento de 80% naquele ano nos dois municípios, de recursos de outras fontes. Este fato segundo informações dos Secretários de Saúde desses municípios, desconhecimento sobre a prestação de contas por fundos especiais (MACHADO, 1998)

Como se pode observar, os municípios de pequeno porte não chegaram a gastar 60% de recursos com “salário de pessoal fixo”, porém, agregando-se a esses gastos as despesas com “serviços de terceiros-pessoa física”, verifica-se que 8 desses municípios (54%) ultrapassam os 60% estabelecidos como limite de gastos com o pessoal na administração pública.

Como os serviços de terceiros não são considerados gastos de pessoal, teoricamente, todos esses municípios estão cumprindo o estabelecido em Lei. Entretanto, na prática, as despesas com “serviços de terceiros” muitas vezes significam pagamento de salários a profissionais de saúde que não se submetem aos concursos públicos, em função dos baixos salários<sup>31</sup> pagos pela administração municipal, sendo contratados como prestadores de serviços.

Os municípios de grande porte, Alagoinhas, Lauro de Freitas e Barreiras, investiram menos de 30% de recursos com pessoal fixo. Os demais (Salvador, Camaçari e Feira de Santana) investiram um percentual de mais de 50% com pessoal fixo. Tal fato pode estar associado ao perfil populacional, geográfico e socioeconômico desses municípios, que atraem e fixam profissionais de saúde com mais facilidade.

As despesas com material de consumo apresentaram valores diferenciados nos diversos municípios, sendo que apenas três aumentaram os gastos de 1997 para 1998 (Itarantim, Lauro de Freitas e Santo Estevão). No ano de 1998, 4 municípios (Barreiras, Macaúbas, Ribeira do Pombal e Salvador) investiram menos de 11% nesse elemento de despesa. Os demais municípios, embora tenham investido mais recursos, esses valores apresentaram uma variação de 29,1 para 78,9%, no ano de 1998, sem apresentar relação com o tamanho da população.

No que se refere aos gastos com investimentos, observamos que apenas 4 dos 15 municípios (Itarantim, Lauro de Freitas, Santo Estevão e Brumado), ou seja, 27% deles, reduziram os gastos de 1997 para 1998. Os demais municípios aumentaram os valores de uma ano para outro, embora com uma variação de 100 a 1000%. O valor dos recursos repassados variam de R\$1.000,00 a R\$1.000.000,00, sendo que esse último valor se refere ao Município de Ribeira do Pombal que, segundo dados do relatório de gestão, assinou convênio, REFORSUS- Programa de Reforço ao SUS do MS.

---

<sup>31</sup> O salário é estabelecido de acordo com o salário do Prefeito e dos cargos de confiança da Administração

#### 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O financiamento das ações e dos serviços de saúde tem se destacado como um dos nós críticos do sistema de saúde, seja no que se refere às fontes de financiamento como também à busca de equidade na distribuição de recursos entre os diversos estados da federação. Aliado a esses dois fatores, a racionalização e o controle na aplicação dos recursos públicos pela sociedade constituem os pilares básicos no equacionamento das finanças públicas (MÉDICI, 1996, 1998; CARVALHO, 1999; PINTO, 1998, PIOLA, 1998; MACHADO, 1998; PORTO, 1992).

Com relação às fontes de financiamento, o debate que se tem desenvolvido nos últimos 10 anos aponta, por um lado, a necessidade de definição de fontes estáveis que permitam ao Estado cumprir a função constitucional de garantir a assistência de forma universal, evitando crises financeiras conjunturais que originam, como é o caso brasileiro, a criação de tributos suplementares, a exemplo da CPMF.

Além da estabilidade das fontes, o debate atual vem se dando em torno da definição de um percentual mínimo de recursos que a união, os estados e os municípios devem investir no setor saúde. Em dezembro de 1999, a proposta de emenda constitucional que trata da matéria foi reformulada e aprovada pela Câmara dos Deputados, estabelecendo-se que o governo federal deve destinar 5% a mais do valor empenhado para a saúde no orçamento de 2000 e, a partir de 2001, investirá o que foi gasto no ano anterior acrescido da variação do PIB nominal (PIB + inflação), cabendo aos estados e aos municípios investirem um mínimo de 7%, a ser ampliado, respectivamente, até 12% e 15% em 4 anos.

Atualmente, esta emenda aguarda aprovação do Senado onde vem encontrando resistência por parte de alguns governadores, que já manifestaram ao Presidente da República, a impossibilidade de trabalharem com receitas vinculadas, argumentando que isso reduz a flexibilidade no manejo dos recursos orçamentários.

Tomando como parâmetro os percentuais definidos nessa proposta, ainda que não tenha sido aprovada integralmente, cabe observar que, nos 15 municípios do estudo, apenas 6 investiram menos de 7% de recursos próprios, no ano de 1999. Dos demais, 6 alocaram entre 8 e 15% e 3, mais de 15%. Entre os grupos de municípios, o



grupo de menor porte investiu mais recursos próprios que os grupos de médio e o de grande porte.

Esses dados poderiam nos levar a concluir que, proporcionalmente, os municípios pequenos estão gastando mais com saúde. Quando trabalhamos, entretanto, com os valores *per capita*, relativizamos tal constatação. Tomando como exemplo o Município de Barra do Choça, de pequeno porte, e Camaçari, de grande porte, vimos que o primeiro investiu, em 1998, 11,04% de recursos próprios com saúde e o segundo, apenas 4,84%. O Município de Camaçari possui a segunda maior arrecadação do estado de FPM e ICMS e tem um índice de desenvolvimento econômico que o coloca na 2ª posição no ranking do Estado, enquanto o município de Barra do Choça tem uma arrecadação pequena, situando-se na 246ª posição em termos de IDE no ranking do Estado.

Considerando que estes dois municípios não dispõem de hospital municipal em sua rede de serviços, pode-se supor que os recursos, em sua maioria, sejam utilizados para a manutenção da atenção básica. Ao construirmos o índice de gasto *per capita*, constatamos que, em Camaçari, que investiu percentualmente menos em recursos próprios, esse é de R\$40,80, enquanto que em Barra do Choça é de apenas R\$9,30.

Percebe-se, portanto, que o índice de desenvolvimento econômico do Município, principalmente levando em conta sua capacidade de arrecadação, pode influir nos valores reais alocados em saúde. Quanto maior a capacidade do município de aumentar impostos, como o ICMS, maior a sua capacidade de arrecadar receitas municipais, pois aumenta o fluxo de circulação de capital no município.

Considerando as características demográficas, o IDE, a capacidade de investimento com base nos tributos e na arrecadação de ICMS e FPM, é possível se estabelecer um critério único de repasse de recursos? A busca de equidade não deveria conduzir a uma relativa heterogeneidade na distribuição dos recursos? Nesse sentido, outras questões, relacionadas com a má administração dos recursos públicos, que levaram ao endividamento dos municípios, principalmente com a Previdência Social e o FGTS, necessitam estar presentes na formulação de políticas que definam critérios de repasse de recursos para evitar o aumento das desigualdades regionais.

Nessa perspectiva, cabe levantar alguns questionamentos sobre os mecanismos de distribuição de recursos do governo federal para os municípios, com base nos resultados encontrados neste trabalho. Como vimos, as transferências de recursos federais para os municípios vem se dando com base nos critérios estabelecidos na NOB/96, especialmente o repasse de recursos para atenção básica, ancorado no critério populacional através do PAB fixo e variável. Para definir os valores desses pisos, o governo federal distribuiu o orçamento entre os diversos estados da Federação, estipulando um *per capita* mínimo de R\$10,00 e um máximo de R\$18,00, promovendo uma redistribuição que implicou o remanejamento de recursos de municípios que recebiam mais de R\$18,00 para alocar em municípios que recebiam menos de R\$10,00. (CARVALHO, 1999). Os demais procedimentos continuaram sendo pagos pelo critério de produção de serviços.

O efeito dessa medida pode ser observado no conjunto de municípios estudados. Com a implantação do PAB, houve um aumento do volume de recursos transferidos de outras fontes (principalmente federais) em todos os municípios estudados, com exceção de Ichu<sup>32</sup>. Contudo, estas transferências se apresentaram de forma desigual, com uma variação relativamente grande, encontrando-se município com um *per capita* de recursos transferidos de R\$37,40 e outro, de apenas R\$8,00 (Tabela 4).

Dados do Ministério da Saúde demonstram que, mesmo com a implantação do PAB, alguns estados continuaram com um *per capita* baixo, como foi o caso da Bahia. Estudos como o de Mendes (1996) chamam a atenção para a reprodução de iniquidade na distribuição dos recursos públicos, quando se comparam regiões, estados e municípios, citando como exemplo, inclusive, o caso da Bahia. Em 1995, os valores de crédito *per capita* médio da União para assistência ambulatorial e hospitalar das diversas DORES e municípios eram bastante diferenciados, com um *per capita* de R\$10,47 em Jeremoabo e R\$74,07, em Conquista. Segundo o autor, mesmo considerando a importância regional do Município de Vitória da Conquista<sup>33</sup>, o município de Jeremoabo também recebia recursos para assistência básica e hospitalar,

---

<sup>32</sup> Em função do convênio estadual, este aumento teve uma variação de 10 e 90% do ano de 1998 em relação a 1997.

<sup>33</sup> Vitória da Conquista é um municípios de referência por contar com uma rede de serviços de média e alta complexidade.

embora em valores completamente diferentes. Esse quadro, reforçado com as evidências acumuladas por nosso trabalho, revela, segundo o autor, a “*perversidade*” nos mecanismos de distribuição de recursos federais para a saúde.

Além da utilização desses mecanismos de repasses entre esferas de governos, com os efeitos apontados em termos de má distribuição e reprodução de iniquidade, cabe frisar a permanência da modalidade convenial como forma de repasses, modalidade que, muitas vezes é adotada em função de pressões ou concessões políticas entre as esferas de governo. Nos municípios estudados, a desagregação dos recursos financeiros, segundo fontes, revelou que municípios de mesmo tamanho populacional receberam valores diferenciados, a exemplo de Itarantim que teve o seu *per capita* elevado pelos recursos de convênio para controle de doenças endêmicas. Quais os critérios para a formalização de convênios federais e estaduais? Seria essa a modalidade de transferência mais adequada? A legislação prevê que os recursos só devem ser repassados Fundo a Fundo, por critérios estabelecidos no Artigo 35 da Lei 8.080/90. Como até o momento esse artigo não foi regulamentado, a liberação de recursos mediante convênios obedece a pressões da demanda, através de projetos para controle de doenças endêmicas, por exemplo, ou à aprovação de emendas orçamentárias negociadas entre gestores e deputados, sem obrigatoriedade legal de que esses recursos sejam repassados.

Passando a levantar algumas questões com relação ao padrão de gasto observado no conjunto de municípios estudados, cabe perguntar: Que fatores levariam municípios de tamanhos populacionais semelhantes, com as mesmas características na oferta de serviços (número de unidades, hospital de pequeno porte, desenvolvimento de ações semelhantes), a gastarem um percentual de recursos diferenciados? O perfil epidemiológico desses municípios é diferenciado de modo a produzir uma demanda por ações e serviços diferentes? Que modelo assistencial está sendo privilegiado nestes municípios, o médico-assistencial hospitalocêntrico ou o “*alternativo*” (PAIM, 1999) que implica a promoção da saúde, ênfase na prevenção de riscos e agravos e redirecionamento da rede básica para atender a oferta organizada?

As informações obtidas sobre a composição do gasto nos 15 municípios do estudo apontaram a impossibilidade de analisar, detalhadamente, as despesas municipais e,

portanto, identificar o gasto por ação desenvolvida<sup>34</sup>. Esse fato está associado à deficiência na elaboração dos orçamentos públicos e na "visão escritural" da contabilidade (MACHADO, 1998; p. 304), pois os contadores das prefeituras não se adaptaram às determinações da legislação da saúde nem às necessidade de mudar a gerência das organizações públicas.

Os orçamentos, em sua maioria, foram classificados por elemento de despesa e não por orçamento/ programa/atividade. Segundo MACHADO et al (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".

Esse fato foi retratado no preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, quando se constatou que, em 95% dos municípios do estudo, uma planilha de execução orçamentária, que entregaram à SESAB quando se habilitaram a NOB/96, não estava condizente com o Balancete de execução orçamentária anual.

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 ao 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.

Alguns fatores relacionados ao processo de prestação de contas aos conselhos municipais de saúde levam a questionar se, de fato, essa prestação de contas está ocorrendo. O primeiro desses está associado à capacidade do Secretário Municipal de Saúde em acompanhar a execução financeira, pois a maioria dos secretários, quando da solicitação da documentação contábil, informou, por ofício ou verbalmente, que não dispunham dos mesmos. Além disso, a gerência dos FMS, na maioria dos municípios está centralizada na contabilidade geral da prefeitura. Desse modo, apesar de a maioria dos secretários, teoricamente, ter capacidade de compreender e manejar as informações

---

<sup>34</sup> Observações da autora no processo de coleta de dados identificaram que em cada município estudado a forma de identificar os itens de receita e despesa eram diferenciados. Na identificação de receitas da saúde os recursos de outras fontes não eram identificados, ou quando identificados, eram classificados de forma diferente da exigida na legislação do SUS e das leis complementares à Lei 4.320/64.

sobre financiamento e gerência dos recursos, percebe-se que não participa do processo de decisão e prestação de contas, em função da distribuição de poder na maioria das prefeituras.

Um segundo fator, está associado a capacidade dos membros do Conselho de Saúde entenderem os dados dos balancetes e avaliarem, de fato, os gastos com saúde. Segundo estudos realizados recentemente por DANTAS et al (1998), grande parte (82%) dos conselheiros municipais de saúde, na Bahia, especialmente, os representantes dos usuários, tem no máximo o 2º grau. Em vista disso, é possível se pensar que os membros do CMS dos municípios estudados tenham dificuldade em acompanhar e controlar a gerência dos FMS

Todas essas questões indicam a necessidade de estudos mais aprofundados, não apenas nos municípios selecionados, senão que em amostras mais representativas da situação existente nas várias regiões da Bahia e em outros estados. A título de conclusões, sistematizamos a seguir os principais achados deste estudo, que podem servir como ponto de partida para investigações posteriores.

- a) A implementação da NOB/96 na Bahia vem contribuindo para a elevação do volume de recursos transferidos da área federal para os municípios. Entretanto, a forma de distribuição desses recursos vem gerando desigualdade entre os municípios.
- b) Os municípios de pequeno porte estão investindo mais recursos próprios em saúde que os de médio e os de grande porte. Até que ponto isso resulta da necessidade de correção dos desequilíbrios na repartição de recursos transferidos de outras fontes?
- c) Observa-se uma variação significativa no gasto *per capita* dos municípios estudados, aparentemente sem relação com o porte do município. O valor mais alto (R\$72,00), não alcançou R\$85,90<sup>35</sup> ano e o mais baixo (R\$12,50), situa-se um pouco acima do piso mínimo (PAB) de R\$10,00. Apesar do aumento, verificado, no volume de recursos utilizados de 1997 para 1998, na maioria dos municípios, a metade deles teve um gasto inferior a R\$17,45 em 1997 e de R\$26,21 em 1998 (anexo XIV), valor muito aquém da média nacional em 1995 (anexo XV).

Esperamos que esses resultados possam servir de subsídio ao Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, na proposição de alternativas de financiamento que minimizem as desigualdades regionais. A exemplo de São Paulo, Rio Grande do Sul e

---

<sup>35</sup> Soma do Gasto *per capita* das três esferas de governo no Nordeste em 1995 Ver estudos do IPEA in CONASEMS 1999 e ANEXO XV

Rio de Janeiro, que aprovaram um PAB estadual de, R\$3,00 por habitante ano, as entidades associativas dos gestores públicos poderiam, elaborar proposições de valores per capita de acordo com o porte do município, estabelecendo um piso variável, que seriam repassados de forma automática aos municípios da Bahia, para executar ações de atenção básica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M. J., ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994, 199p.

ALMEIDA, E. S. *Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. São Paulo: USP, 1995

ALMEIDA, M.H.T. de, MEDICI, A.C., MACIEL, M.C.M. et al. Descentralização e políticas sociais. In: AFONSO, R.B.A., BARROS-SILVA, P.L. (org.) *Federalismo no Brasil*. São Paulo: FUNDAP, 1996.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais. *Classificação dos municípios baianos: indicadores selecionados*. Salvador: SEI/CAR, 1996, 159p. v.1.

BAHIA. Tribunal de Contas dos Municípios. *Informações Municipais/97*. Salvador: TCM, 1998, 330p. Ano 2. vol 2.

BRAGA, J.C. de S., PAULA, S.G. de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981. 226 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 273, D.O.U.17 de julho de 1991(NOB01/91).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. *Recursos federais do SUS por município - conceito de período de competência: valor dispendido por tipo de despesa e tipo de prestador - município Alagoinhas, período 1998*. [online] Disponível na internet via [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Arquivo capturado em 1 de agosto de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Relatório de habilitação dos municípios em 1998*. Brasília: Coordenação Geral de Informática, 1998.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1988.

BRASIL. Lei 8.080. *Diário Oficial da União*, p.180055-18059, 19 de set. 1990

\_\_\_\_\_. Lei 8.142. *Diário Oficial da União*, 28 de dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 001/96*. Brasília: Coordenação Geral de Planejamento, 1997. 36p.

BRASIL. Instrução Normativa 01/98. *Diário Oficial da União*, 18 de dez. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de habilitação dos municípios*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1998.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdades: o caso do Brasil. In: \_\_\_\_\_. *Sistemas de saúde continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 1995. p. 61- 101.

CAMPOS, G. W. S., MARLY, E. E., NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. 2. ed., São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

CARVALHO, G.C..M. *A Saúde no Brasil nas fimbrias do terceiro milênio*. Brasília: [s.n.], 1999. 22 p. mimeo.

CARVALHO. G. C. M., JAEGER .M.L.E. A questão do financiamento suficiente, definido e definitivo para a saúde: as PECS e o ano de 1998. *Jornal do CONASEMS*, n.44, p.14-15, jul./ago., 1998.

COHEN, E., FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

CONASEMS. Descentralização: gestão local, construindo municípios saudáveis. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 10, 1998, *Relatório ...* Brasília: CONASEMS, 1999, 225p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPGNE, F., POTVIN, L. et al. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, funcionamento*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 215p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9 : municipalização é o caminho, relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério, 1992.

COSTA, M. F. L., SOUZA, R. P. *Qualidade de vida compromisso da epidemiologia*. Belo Horizonte : COOPMED/ABRASCO, 1994.

DANTAS, T., MOLESINI, J.A.O., GOMES, I.F. *Avaliação do funcionamento dos conselhos municipais de saúde da Bahia: pesquisa*. Salvador: ISC/UFBA, 1997.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. io de Janeiro, 1987. Dissertação ( Mestrado ) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

\_\_\_\_\_. Saúde uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. 2. ed., São Paulo: Cortez, 1995. p. 119-138.

GERSCHMAN, S. A. *Democracia inconclusa : um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 189 p .

GOULART, F. A. A. *Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Brasília: CONASEMS, 1996.



HAGULTTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL–IBAM. *A saúde no município: organização e gestão*. Rio de Janeiro: IBAM, 1991. (Saúde e Município).

JARDANOVSKI, E., GUIMARÃES, P. C. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. *Saúde em Debate*, n.42, p.10-15, mar.1994.

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. *Caudernos de Salud Pública*, n.77, 134p, 1984.

LUDKE. M., ANDRE, N. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

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

MÉDICI, A. C. Descentralização e gastos com saúde no Brasil. In: AFFONSO, R.B., SILVA, P.L. B. (org.) *Federalismo no Brasil: descentralização e políticasb sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p.297- 376.

\_\_\_\_\_. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: USP/FSP, 1994. 216p.

\_\_\_\_\_. *Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde* In: PIOLA, S.F., VIANNA, S.M. (orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1998. 298p. (Série IPEA, 149).

MELAMED, C. Orçamento e déficit público versus financiamento das políticas sociais. In: COSTA, N. R., RIBEIRO, J. M. (org.) *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1996. p. 31-49.

MENDES. E. V. (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 310p. (Saúde em Debate, 55).

\_\_\_\_\_. *Uma agenda para a saúde* . São Paulo: HUCITEC, 1996. 300 p. (Saúde em Debate, 88).

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed., São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

OLIVEIRA, F.A. de. *Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980/1996*. Brasília: IPEA, 1998. 84p. (Texto para discussão, 649)

OLIVEIRA, J.R. M., JAEGER, M.L., CARVALHO, G. C.M. et al. *O financiamento do setor saúde no Brasil*. Porto Alegre: [s.n.t.], 21p. mimeo. (Apresentado na 1ª Conferência de Saúde ).

OLIVEIRA, J.R.M. *Análise da proposta de implementação da descentralização do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (mimeo.).

PAIM, J.S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-66.

\_\_\_\_\_. *Saúde, crises e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 251p.

\_\_\_\_\_. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.45-60.

\_\_\_\_\_. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. *Rev. Assoc. Saúde Pública do Piauí*, v.1, n.2, p.120-32, jul./dez., 1998.

PHILLIPS, B.S. *Pesquisa social: estratégias e táticas*. Rio de Janeiro: Agir, 1974. 460p.

PINTO, V. G., PIOLA, S. F. Gastos em saúde: um tema a procura de autor. *Jornal do CONASEMS*, n.42, p.8-9, maio - jun., 1998.

PIOLA, S.F., VIANNA, S.M. (orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1998. 298p. (Série IPEA, 149).

PORTO, S.M., UGA, M.A.D. Avanços e percalços do financiamento do setor saúde no Brasil. In: GALLO, E., URIBE RIVERA, F.J., MACHADO, M.H. (orgs.). *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992, p.175-93.

POSSAS, C. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.  
\_\_\_\_\_. Articulação público e privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações da política de ajuste estrutural na América Latina. In: INBENSCHUTZ C. (org.) *Políticas de saúde o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 49-65 .

SAMAJA, J. *Epistemologia y metodologia: elementos pra una teoría de la investigacion científica*. Buenos Aires: EUDEBA, 1993 .

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, n.33, p. 27-32, 1991.

\_\_\_\_\_. MOLESINI, J.A.O. *O financiamento do SUS na Bahia*. Salvador: [s.n.], 1998. 12p. mimeo.

TEIXEIRA, S. F. Cidadania, direitos sociais e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 91-112.

\_\_\_\_\_. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: \_\_\_\_\_. *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995, p.17-46.

VIANA, A. L. SUS: entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFONSO, R. de B.A., SILVA, P.L.B. (org.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996, p. 269-95. (Série Federalismo no Brasil ).

VIANNA, S.M., PIOLA, S.F. *Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde-SUS*. Brasília: IPEA, 1991. p.145-60. (Planejamento de Políticas Públicas, 5).

VIANNA, S.M., PIOLA, S. F., GUERRA, A. J., et al. *O Financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios*. Brasília: OPS, 1990, 70 p. (Série Economia e Financiamento, 1).

OPAS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. Washington: OPAS, 1989.

## **RELAÇÃO DE ANEXOS**

**ANEXO I** - MUNICÍPIOS DA BAHIA, HABILITADOS NA NOB/93, EM 1994 E 1995 E HABILITADOS NA NOB/96 EM 1998, POR DIRES E TIPO DE GESTÃO

**ANEXO II** - MUNICÍPIOS DA BAHIA, HABILITADOS NA NOB/96 EM 1998, POR GRUPO E TAMANHO DA POPULAÇÃO

**ANEXO III** - MUNICÍPIOS DA BAHIA, INCLUÍDOS NA AMOSTRA PELA SINGULARIDADE NA CLASSE POPULACIONAL

**ANEXO IV** - MUNICÍPIOS DA BAHIA, HABILITADOS NA NOB/96 A SEREM SORTEADOS, POR GRUPO POPULACIONAL

**ANEXO V** - MUNICÍPIOS HABILITADOS NA NOB/96 E SORTEADOS PARA FAZER PARTE DO ESTUDO

**ANEXO VI** - MUNICÍPIOS DA BAHIA, HABILITADOS NA NOB/96, QUE FIZERAM PARTE DA AMOSTRA, POR CLASSE POPULACIONAL E GRAU DE IDE

**ANEXO VII** - MUNICÍPIOS DA BAHIA, HABILITADOS NA NOB/96 QUE ENVIARAM OS DADOS REFERENTES AO ANO DE 1997 E DE 1998 E FIZERAM PARTE DO ESTUDO

**ANEXO VIII** – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**ANEXO IX** - MUNICÍPIOS ESTUDADOS POR TAMANHO POPULACIONAL, IDE E LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA EM ORDEM CRESCENTE DE POPULAÇÃO

**ANEXO X** - RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS MUNICÍPIOS DO ESTUDO POR ORDEM ALFABÉTICA

**ANEXO XI**- ORÇAMENTO PROGRAMADO E EXECUTADO NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS EM 1997 E 1998 E AS RESPECTIVAS DIFERENÇAS DO ANO DE 1997 E 1998

**ANEXO XII** - ANÁLISE DOS PROCESSOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO OS MUNICÍPIOS ESTUDADOS EM 1997 E 1998

**ANEXO XIII**-CÁLCULO DA MEDIANA E INFORMAÇÕES ESTATÍSTICAS SOBRE O GASTO PER CAPITA MUNICIPAL COM SAÚDE

**ANEXO XIV**- RELAÇÃO ENTRE RECURSOS DE OUTRAS FONTES E RECURSOS MUNICIPAIS NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

**ANEXO XV- TABELA DE GASTO PER CAPITA POR REGIÃO. BRASIL 1995**

## ANEXO I

Quadro 2 - Municípios da Bahia, habilitados na NOB/93, em 1994 e 1995 e habilitados na NOB/96<sup>36</sup> em 1998, por DIRES e tipo de gestão

DIRES	MUNICÍPIO	NOB/93 – GESTÃO INCIPIENTE E PARCIAL	NOB/96 PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA
1ª	Camaçari	05/10/95	27/01/1998
	Candeias	24/02/94	27/01/1998
	Dias D'Ávila	27/01/94	19/03/1998
	Lauro de Freitas	18/01/94	19/03/1998
	Salvador	26/06/95	27/01/1998
	Santo Amaro	12/05/94	
	S. Francisco do Conde	10/03/94	
	Vera Cruz	12/05/94	
2ª	C. Alto Alegre	28/03/94	
	Conc. Jacuípe	18/08/94	27/01/1998
	Feira de Santana	28/03/94	27/01/1998
	Gavião	10/03/94	19/03/1998
	Ichu	09/07/94	19/03/1998
	Pintadas	26/06/95	
	Santa Bárbara	27/01/94	19/03/1998
	Santanópolis	18/08/94	
	Santo Estevão	19/04/94	27/01/1998
	Serra Preta	24/02/94	
	Tanquinho	24/02/94	27/01/1998
	Teodoro Sampaio	28/12/95	27/01/1998
3ª	Alagoinhas	10/03/94	27/01/1998
	Araçás	03/06/94	
	Cardeal Silva	14/09/95	27/01/1998
	Catu	27/01/94	
	Crisópolis	28/12/95	
	Rio Real	05/10/95	19/03/1998
4ª	Castro Alves	03/06/94	27/01/1998
	Jaguaripe	29/12/94	
	Nazaré	10/03/94	27/01/1998
	Santa Terezinha	28/03/94	
5ª	Camamu	10/03/94	
	Ituberá	10/03/94	
	Pres.Tancr. Neves	27/01/94	27/01/1998
	Valença	09/03/95	

<sup>36</sup> -Dados da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde de 25/05/1998

6ª	Itacaré	10/03/94	
	Mascote	27/01/94	
7ª	Almadina	24/02/94	
	Coaraçi	18/08/94	
	Floresta Azul	27/01/94	19/03/1998
	G. Lomanto Jr	27/01/94	
	Ibicaraí	10/03/94	19/03/1998
	Ibirapitanga	19/04/94	19/03/1998
	Itabuna	29/12/94	
	Itajú do Colonia	27/01/94	
	Itajuípe	28/03/94	
	Itapé	17/11/94	
	Jussari	27/01/94	19/03/1998
	Maraú	27/01/94	
	S. Cruz da Vitória	03/06/94	19/03/1998
8ª	Belmonte	10/06/94	
	Itabela	12/05/94	27/01/1998
	Porto Seguro	27/10/95	
	S. Cruz Cabrália	19/04/94	19/03/1998
9ª	Caravelas	14/09/95	
	Ibirapuã	10/03/94	19/01/1998
	Itamaraju	10/03/94	19/03/1998
	Lajedão	26/06/95	
	Medeiros Neto	27/01/94	27/01/1998
	Mucuri	10/03/94	27/01/1998
	Nova Viçosa	10/03/94	19/03/1998
10ª	Abaré	03/06/94	
	Cel. João Sá	18/08/94	
	Glória	10/03/94	19/03/1998
19	Rodelas	18/05/94	
11ª	Adustina	10/03/95	
	Banzae	27/01/94	19/03/1998
	Novo Triunfo	12/05/94	
	Olindina	10/08/95	19/03/1998
	Ribeira do Pombal	09/03/95	19/03/1998
12ª	Biritinga	28/12/95	19/03/1998
	Cansanção	27/01/94	
	Conc. do Coité	27/01/94	
	Queimadas	12/05/94	19/03/1998

	Quijingue	28/12/95	19/03/1998
	Santa Luz	24/02/94	19/03/1998
	Serrinha	09/03/95	19/03/1998
13 <sup>a</sup>	Barra do Rocha	10/03/94	
	Itagi	27/01/94	
	Itagibá	18/08/94	
	Itaquara	10/03/94	
	Itiruçu	10/03/94	19/03/1998
	Jaguaquara	27/01/94	
	Lagedo Tabocal	18/08/94	19/03/1998
14 <sup>a</sup>	Ibicuí	10/03/94	
	Itapetinga	09/07/94	19/03/1998
	Itarantim	24/02/94	19/03/1998
	Itororó	10/03/94	
	Ribeirão Largo	27/01/94	
15 <sup>a</sup>	Campo A Lourdes	27/10/95	
	Juazeiro	12/05/94	
16 <sup>a</sup>	Capim grosso	27/01/94	
	Jacobina	27/01/94	19/03/1998
	Miguel Calmon	24/02/94	19/03/1998
	Ourolandia	10/03/94	
	Quixabeira	10/03/94	
	Saúde	19/04/94	
17 <sup>a</sup>	Baixa Grande	19/04/94	
	Macajuba	27/01/94	19/03/1998
	Mairi	10/03/94	19/03/1998
	Mundo Novo	10/03/94	
	Tapiramutá	28/03/94	19/03/1998
18 <sup>a</sup>	Boa Vista Tupim	24/02/94	27/01/1998
	Iaçu	10/03/94	
	Marcionilio Souza	12/05/94	
19 <sup>a</sup>	Brumado	26/10/95	19/03/1998
	Contendas Sincora	24/02/94	19/03/1998
	Dom Basilio	24/02/94	
	Ituaçu	19/04/94	
	Tanhaçu	10/03/94	19/03/1998
20 <sup>a</sup>	Barra Choça	27/01/94	27/01/1998
	Belo Campo	18/08/94	19/03/1998



	Bom J.da Serra	10/03/94	19/03/1998
	Candido Sales	10/03/94	
	Poções	27/01/94	27/01/1998
	Vit. Conquista	10/03/94	
21 <sup>a</sup>	Barra Mendes	19/04/94	27/01/1998
	Cafarnaum	24/02/94	19/03/1998
	Canarana	27/01/94	19/03/1998
	Ibipeba	27/01/94	
	Ibititá	29/12/94	19/03/1998
	Jussara	28/03/94	
	Lapão	27/01/94	
	S. Gabriel	03/06/94	
22 <sup>a</sup>	Ibotirama	10/04/94	19/03/1998
	Paratinga	10/04/94	19/03/1998
23 <sup>a</sup>	Macaúbas	27/01/94	19/03/1998
	Rio do Pires	12/05/94	19/03/1998
24 <sup>a</sup>	Caculé	12/05/94	
	Ibiassucê	18/08/94	
	Igaporã	03/06/94	19/03/1998
	Riacho de Santana	28/12/95	
25 <sup>a</sup>	Barreiras	07/01/94	19/03/1998
	S. Rita de Cassia	22/03/94	19/03/1998
26 <sup>a</sup>	Bom Jesus da Lapa	27/01/94	27/01/1998
	Cocos	09/09/94	
	Correntina	28/12/95	
	S. M <sup>a</sup> Vitória	12/05/94	19/03/1998
	Serra do Ramalho	03/06/94	
	Serra Dourada	27/01/94	19/03/1998
27 <sup>a</sup>	Iraquara	02/12/94	
	Lençóis	19/04/94	19/03/1998
	Mucugê	09/03/95	
	Piatã	27/01/94	
28 <sup>a</sup>	Campo Formoso	10/03/94	19/03/1998
	Filadelfia	10/03/94	19/03/1998
	Pindobaçu	10/03/94	19/03/1998
	Ponto Novo	28/12/95	19/03/1998
	Sr. Do Bonfim	10/03/94	19/03/1998

29 <sup>a</sup>	Elisio Medrado	10/03/94	
	Mutuipe	12/05/94	
30 <sup>a</sup>	Guanambi	12/05/94	19/03/1998
	Malhada	12/05/94	

## ANEXO II

Quadro 3 - Municípios da Bahia, habilitados na NOB/96<sup>37</sup> em 1998, por grupo e tamanho da população

GRUPO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
<b>1</b>	<b>ATÉ 5 MIL HABITANTES</b>	
	Gavião	4.868
<b>2</b>	<b>MUNICÍPIOS DE 5 A 10 MIL HABITANTES</b>	
	Tanquinho	7.427
	Teodoro Sampaio	8.781
	Cardeal da Silva	7.556
	Jussari	8.583
	Santa Cruz da Vitória	7.167
	Ibirapuã	7.261
	Lagedo do Tabocal	9.387
	Contendas do Sincorá	5.098
<b>3</b>	<b>MUNICÍPIOS DE 10 A 20 MIL HABITANTES</b>	
	Ichu	10.285
	Santa Bárbara	17.513
	Presidente Tancredo Neves	17.406
	Floresta Azul	12.649
	Santa Cruz de Cabrália	18.161
	Glória	13.336
	Banzaê	10.511
	Biritinga	13.359
	Itiruçu	13.961
	Itarantim	15.393
	Macajuba	10.754
	Mairi	18.327
	Tapiramutá	13.826
	Boa Vista do Tupim	18.261
	Belo Campo	15.294
	Bom Jesus da Serra	12.448
	Barra do Mendes	12.377
	Cafarnaum	14.540
	Ibititá	16.969
	Rio do Pires	10.428
	Igaporã	14.974
	Serra Dourada	19.072
	Lençóis	10.049
	Filadélfia	18.351
	Ponto Novo	18.256
<b>4</b>	<b>MUNICÍPIOS DE 20 A 50 MIL HABIT.</b>	

<sup>37</sup> -Dados da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde de 25/05/1998

	Dias Dávila	39.660
	Conceição do Jacuípe	24.579
	Santo Estevão	39.886
	Rio Real	30.717
	Castro Alves	26.923
	Nazaré	24.564
	Ibicaraí	30.085
	Ibirapitanga	24.026
	Itabela	28.142
	Medeiros Neto	24.354
	Mucuri	24.309
	Nova Viçosa	27.723
	Olindina	22.930
	Ribeira do Pombal	42.109
	Queimadas	24.128
	Quijingue	23.872
	Santa Luz	31.003
	Miguel Calmon	33.627
	Tanhaçu	21.237
	Barra do Choça	41.054
	Poções	39.956
	Canarana	21.350
	Ibotirama	24.242
	Paratinga	24.039
	Macaúbas	40.205
	Santa Rita de Cássia	22.776
	Pindobaçu	24.636
<b>5</b>	<b>DE 50 A 100 MIL HAB.</b>	
	Candeias	69.745
	Itamaraju	62.158
	Serrinha	79.964
	Itapetinga	54.468
	Jacobina	89.492
	Brumado	63.183
	Bom Jesus da Lapa	53.283
	Campo Formoso	58.049
	Senhor do Bonfim	85.047
	Guanambi	69.607
<b>6</b>	<b>DE 100 A 200 MIL HABIT.</b>	
	Camaçari	140.203
	Lauro de Freitas	101.691
	Alagoinhas	124.320
<b>7</b>	<b>DE 200 A 500 MIL HABIT.</b>	
	Feira de Santana	461.468
<b>8</b>	<b>DE 1.000 HABITANTES ACIMA</b>	
	Salvador	2.245.522

### ANEXO III

Quadro 4 - Municípios da Bahia, incluídos na amostra pela singularidade na classe populacional

GRUPO	MUNICÍPIOS
<b>1</b>	<b>ATÉ 5 MIL HABITANTES</b>
	Gavião
<b>6</b>	<b>DE 100 A 200 MIL HABITANTES</b>
	Camaçari
	Lauro de Freitas
	Alagoinhas
	Barreiras
<b>7</b>	<b>DE 200 A 500 MIL HABITANTES</b>
	Feira de Santana
	<b>ACIMA DE 1.0000 HABITANTES</b>
<b>8</b>	Salvador

## ANEXO IV

Quadro 5 - Municípios da Bahia, habilitados na NOB/96 a serem sorteados

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Tanquinho	7.427
Teodoro Sampaio	8.781
Cardeal da Silva	7.556
Jussari	8.583
Santa Cruz da Vitória	7.167
Ibirapuã	7.261
Lagedo do Tabocal	9.387
Contendas do Sincorá	5.098
Ichu	10.285
Santa Bárbara	17.513
Presidente Tancredo Neves	17.406
Floresta Azul	12.649
Santa Cruz de Cabrália	18.161
Glória	13.336
Banzaê	10.511
Biritinga	13.359
Itiruçu	13.961
Itarantim	15.393
Macajuba	10.754
Mairi	18.327
Tapiramutá	13.826
Boa Vista do Tupim	18.261
Belo Campo	15.294
Bom Jesus da Serra	12.448
Barra do Mendes	12.377
Cafarnaum	14.540
Ibititá	16.969
Rio do Pires	10.428
Igaporã	14.974
Serra Dourada	19.072
Lençóis	10.049
Filadélfia	18.351
Ponto Novo	18.256
Dias Dávila	39.660
Conceição do Jacuípe	24.579
Santo Estevão	39.886
Rio Real	30.717
Castro Alves	26.923
Nazaré	24.564
Ibicarai	30.085
Ibirapitanga	24.026
Itabela	28.142

Medeiros Neto	24.354
Mucuri	24.309
Nova Viçosa	27.723
Olindina	22.930
Ribeira do Pombal	42.109
Queimadas	24.128
Quijingue	23.872
Santa Luz	31.003
Miguel Calmon	33.627
Tanhaçu	21.237
Barra do Choça	41.054
Poções	39.956
Canarana	21.350
Ibotirama	24.242
Paratinga	24.039
Macaúbas	40.205
Santa Rita de Cássia	22.776
Pindobaçu	24.636
Candeias	69.745
Itamaraju	62.158
Serrinha	79.964
Itapetinga	54.468
Jacobina	89.492
Brumado	63.183
Bom Jesus da Lapa	53.283
Campo Formoso	58.049
Senhor do Bonfim	85.047
Guanambi	69.607

## ANEXO V

Quadro 6- Municípios habilitados na NOB/96 e sorteados para fazer parte do estudo

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Teodoro Sampaio	8.781
Cardeal da Silva	7.556
Santa Cruz da Vitória	7.167
Lagedo do Tabocal	9.387
Contendas do Sincorá	5.098
Ichu	10.285
Presidente Tancredo Neves	17.406
Floresta Azul	12.649
Santa Cruz de Cabrália	18.161
Biritinga	13.359
Itiruçu	13.961
Itarantim	15.393
Boa Vista do Tupim	18.261
Belo Campo	15.294
Bom Jesus da Serra	12.448
Barra do Mendes	12.377
Rio do Pires	10.428
Igaporã	14.974
Serra Dourada	19.072
Filadélfia	18.351
Ponto Novo	18.256
Conceição do Jacuípe	24.579
Santo Estevão	39.886
Itabela	28.142
Medeiros Neto	24.354
Nova Viçosa	27.723
Olindina	22.930
Ribeira do Pombal	42.109
Queimadas	24.128
Santa Luz	31.003
Tanhaçu	21.237
Barra do Choça	41.054
Poções	39.956
Paratinga	24.039
Macaúbas	40.205
Santa Rita de Cássia	22.776
Candeias	69.745
Itamaraju	62.158
Serrinha	79.964
Jacobina	89.492
Brumado	63.183



## ANEXO VI

Quadro 7 - Municípios da Bahia, habilitados na NOB/96, que fizeram parte da amostra, por classe populacional e grau de IDE

CLASSE POPULACIONAL	IDE		
<b>ATÉ 5MIL HABITANTES</b>	<b>MINÍMIO &lt; 5</b>	<b>MÉDIO 5-10</b>	<b>MÁXIMO &gt;10</b>
Gavião	3.10		
<b>MUNICÍPIOS DE 5 A 10 MIL HABITANTES</b>			
Teodoro Sampaio			13.49
Cardeal da Silva		8.63	
Santa Cruz da Vitória			11.28
Lagedo do Tabocal	4.60		
Contendas do Sincorá		8.57	
<b>MUNICÍPIOS DE 10 A 20 MIL HABITANTES</b>			
Ichu	4.87	4.87	
Presidente Tancredo Neves	4.77		
Floresta Azul			11.88
Biritinga		8.32	
Itiruçu			10.62
Itarantim			11.04
Boa Vista do Tupim		7.23	
Belo Campo		6.99	
Bom Jesus da Serra	2.19		
Barra do Mendes		9.10	
Rio do Pires		6.30	
Igaporã		8.94	
Serra Dourada	5.88		
Filadélfia	4.99		
Ponto Novo	4.05		
<b>MUNICÍPIOS DE 20 A 50 MIL HABIT.</b>			
Conceição do Jacuípe			17.85
Santo Estevão		12.80	
Itabela		12.69	
Medeiros Neto			17.21
Nova Viçosa			17.73
Olindina	8.11		
Ribeira do Pombal		14.12	
Queimadas		10.69	
Santa Luz		14.06	
Tanhaçu	9.32		
Barra do Choça		12.46	
Poções		13.95	
Paratinga	7.30		
Macaúbas	8.55		
Santa Rita de cássia	8.02		
<b>MUNICÍPIOS DE 50 A 100 MIL HAB.</b>			
	<b>Mínimo até</b>	<b>Média 20 a &lt;40</b>	<b>Máximo de 40</b>

	<b>20</b>		<b>acima</b>
Candeias			57.83
Itamaraju		27.31	
Serrinha	19.29		
Jacobina		31.31	
Brumado		24.44	
Santa Maria da Vitória	13.99		
<b>DE 100 A 200 MIL HABITANTES</b>	<b>Mínimo até</b>	<b>Médio de &gt;40 a</b>	<b>Máximo de &gt;80</b>
	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>acima</b>
Camaçari			123.59
Lauro de Freitas		55.70	
Alagoinhas	37.10		
Barreiras		59.45	
<b>DE 200 A 500 MIL HABITANTES</b>			
Feira de Santana		67.82	
<b>DE 1.000 HABITANTES ACIMA</b>			
Salvador			173.17

## ANEXO VII

QUADRO 7 - Municípios da Bahia, habilitados na NOB/96 que enviaram os dados referentes ao ano de 1997 e de 1998 e fizeram parte do estudo

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Ichu	10.285
Itarantim	15.393
Boa Vista do Tupim	18.261
Santo Estevão	39.886
Macaúbas	40.205
Barra do Choça	41.054
Ribeira do Pombal	42.109
Brumado	63.183
Serrinha	79.964
Lauro de Freitas	101.691
Barreiras	118.945
Alagoinhas	124.320
Camaçari	140.203
Feira de Santana	461.468
Salvador	2.245.522

## ANEXO IX

Quadro 10 - Municípios estudados por tamanho populacional, IDE e localização geográfica em ordem crescente de população

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	IDE	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA/REGIÃO	DISTÂNCIA DA CAPITAL EM KM
Ichu	10.285	35,14	Região Paraguaçu	195
Itarantim	15.393	79,52	Região	
Boa Vista do Tupim	18.261	56,63	Paraguaçu/ Chapada	330
Santo Estevão	39.886	77,16	Paraguaçu	148
Macaubas	40.205	67,49	Oeste	650
Barra do choça	41.054	46,93	Sudoeste	580
Ribeira do Pombal	42.109	101,88	Nordeste	320
Brumado	63.183	188,79	Sudoeste	700
Serrinha	79.964	128,34	Nordeste	178
Lauro de Feitas	101.691	335,42	Metropolitana	30
Barreiras	118.945	411,50	Oeste	800
Alagoinhas	124.320	237,93	Norte	150
Camaçari	140.203	770,58	Metropolitana	40
Feira de Santana	461.468	419,76	Paraguaçu	112
Salvador	2.245.522	1.114,75	Metropolitana	Capital

Os municípios se distribuem nas diversas regiões do Estado, sendo que 5 desses são considerados pela SESAB como municípios de referência para outros municípios na assistência de média e alta complexidade: Alagoinhas, Barreiras, Feira de Santana, Serrinha e Salvador que apresentam como características, com exceção de Barreiras, a existência de serviços de Atenção Básica cadastrados ao SIA/SUS, antes da Implantação da NOB, como também servem de referência para atender a demanda espontânea dos municípios da região. Dos quinze municípios, 40 % localizam-se a mais de 300 km da capital, dificultando, principalmente, a disponibilização de recursos humanos de nível superior.

## **ANEXO X**

### **RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS MUNICÍPIOS DO ESTUDO POR ORDEM ALFABÉTICA**

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	397.070,91	Pessoal	197.009,23	249.322,12				446.331,35
ISS	972.770,93	Outros Custeios		1.233.647,39				
ITB	108.398,98	Rem. Serv. pessoais		264.002,75				
Diversas	1.107.562,40	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		204.338,04				226.548,51
FPM	5.525.601,89	Outras despesas		22.260,47				
ICMS	3.859.165,02	TOTAL	197.009,23	1.973.570,77				2.170.580,00
IPVA	371.049,94							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	505.814,28							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	86.818,57							
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	40.250,48							
Diversos								
SUBTOTAL - A	12.974.503,40							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	1.491.496,21							
CONVÊNIO FEDERAIS	278.172,89							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	1.769.669,10							
TOTAL GERAL DA RECEITA	14.744.172,50							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{197.009,23}{12974.503,40} = 1.51\%$	
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{1.973.570,77}{14.744.172,50} = 13,38\%$	
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{2.170.580,00}{14.744.172,50} = 14.72\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	422.262,42	Pessoal	423.344,26	259.596,15				682.940,41
ISS	1.146.108,00	Outros Custeios	75.617,52	467.781,91	433.729,52		150.000,00	1.127.128,95
ITB	116.953,71	Rem. Serv. pessoais		284.214,68	290.700,25			574.914,93
Diversas	279.741,11	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		608.039,93			20.000,00	628.039,93
FPM	5.690.430,40	Outras despesas	5.252,90				50.000,00	55.252,90
ICMS	3.601.361,74	TOTAL	504.214,68	1.619.632,67	724.429,77	2.344.062,44	220.000,00	3.068.277,12
IPVA	403.299,37							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	39.254,07							
Diversos	580.169,95							
SUBTOTAL - A	12.279.580,77							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	1.446.526,66							
Do SUS	543.663,75							
CONVÊNIO FEDERAIS	174.907,42							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	2.165.097,83							
TOTAL GERAL DA RECEITA	14.444.678,60							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{504.214,68}{12.279.580,77} = 4,10\%$	
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{2.564.062,44}{14.444.678,60} = 17,75\%$	
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{3.068.277,12}{14.444.678,60} = 21,24\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Obs: não foi possível colocar a fonte de receita e de despesa corretamente. A tabela do plano não coincide com o demonstrativo do Ministério da Saúde. A receita de transferência do Município conforme balancete do FMS é receita de transferência e não própria

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Choça

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	16.019,55	Pessoal						
ISS	58.591,96	Outros Custeios	370,137,56	202.000,00				
ITB	25.492,19	Rem. Serv. pessoais						
Diversas	20.731,36	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPM	2.354.983,83	Outras despesas						
ICMS	511.525,76	TOTAL	370.137,56	202.000,00				572.137,56
IPVA	5.657,67							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	27.422,64							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	206.574,18							
Diversos								
SUBTOTAL - A	3.344.834,20							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	202.041,36							
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	202.041,36							
TOTAL GERAL DA RECEITA	3.546.875,56							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE</u>	=	<u>370.137,56</u> = 11,2%
SUBTOTAL "A" %		3.344.834,20
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE</u>	=	<u>202.000,00</u> = 4,9%
TOTAL GERAL DA RECEITA %		3.546.875,56
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE</u>	=	<u>572.137,56</u> = 16,1%
TOTAL GERAL DA RECEITA %		3.546.875,56

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.



## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Choça

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I – Despesas Correntes						
IPTU	16.819,68	Pessoal	296.722,74					
ISS	30.986,83	Outros Custeios	10.000,00	272.191,52				
ITB	25.373,65	Rem. Serv. pessoais		25.759,80				
Diversas	53.805,49	II - Despesas de capital						
II – Receitas de Transferências		Investimentos		115.396,99				
FPM	2.520.141,98	Outras despesas	73.194,86					
ICMS	635.923,65	TOTAL	379.917,60	413.348,31				793.265,91
IPVA	7.077,37							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	41.148,86							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	3.209,10							
Diversos	104.060,59							
SUBTOTAL - A	3.438.547,20							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	438.444,43							
CONVÊNIO FEDERAIS	62.471,96							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	500.916,39							
TOTAL GERAL DA RECEITA	3.939.463,59							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u>	<u>379.917,60 = 11,04%</u>
SUBTOTAL "A" %	<u>3.438.547,20</u>
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u>	<u>413.348,31 = 10,5%</u>
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>3.939.463,59</u>
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u>	<u>793.265,91 = 20,1%</u>
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>3.939.463,59</u>

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Barreiras

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	346.954,26	Pessoal						
ISS	1.820.466,28	Outros Custeios						
ITB	286.077,02	Rem. Serv. pessoais						
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPM	4.609.732,78	Outras despesas						
ICMS	15.979.575,19	TOTAL	1.230.086,64			1.198.997,41		2.429.084,05
IPVA	501.911,68							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	455.399,46							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	664.074,32							
Diversos	1.341.823,63							
SUBTOTAL - A	28.459.512,18							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	898.589,17							
CONVÊNIO FEDERAIS	545.871,44							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	1.444.460,61							
TOTAL GERAL DA RECEITA	29.903.972,79							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u>	<u>1.230.086,64 = 4,32%</u>
SUBTOTAL "A" %	28.459.512,18
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u>	<u>1.198.997,41 = 4,00%</u>
TOTAL GERAL DA RECEITA %	29.903.972,79
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u>	<u>2.429.084,05 = 8,12%</u>
TOTAL GERAL DA RECEITA %	29.903.972,79

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S

Obs: Despesas geral retirada do livro do tribunal e a despesa com Saúde pelo relatório de gestão, não veio o balancete por tipo de despesa corrente/capital.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Barreiras

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL					
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)					
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>													
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes											
IPTU	1.171.747,63	Pessoal	844.490,90				844.409,90						
ISS	2.750.887,99	Outros Custeios	68.747,86	106.953,62			175.701,48						
ITB	280.097,27	Rem. Serv. pessoais	150.581,39	920.911,31	219.448,38		1.290.941,08						
Diversas	676.415,41	II - Despesas de capital											
II - Receitas de Transferências		Investimentos	47.074,19				47.074,19						
FPM	6.071.994,52	Outras despesas											
ICMS	14.200.515,84	TOTAL	1.110.894,34	1.027.864,93	219.448,38	1.247.313,31	2.358.207,65						
IPVA	559.597,68	<p><b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b></p> <p><b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b></p> <p style="text-align: right;"><u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u> <span style="float: right;">1.110.894,34 = 3,92%</span></p> <p style="text-align: right;">SUBTOTAL "A" % <span style="float: right;">28.276.422,11</span></p> <p><b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b></p> <p style="text-align: right;"><u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u> <span style="float: right;">1.247.313,31 = 4,19%</span></p> <p style="text-align: right;">TOTAL GERAL DA RECEITA % <span style="float: right;">29.729.657,44</span></p> <p><b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b></p> <p style="text-align: right;"><u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u> <span style="float: right;">2.358.207,65 = 7,93%</span></p> <p style="text-align: right;">TOTAL GERAL DA RECEITA % <span style="float: right;">29.729.657,44</span></p>											
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	1.655.688,47												
IOF - S/OURO													
III - Juros e Multas	64.564,00												
Sobre Receitas Acima													
IV - Receitas Patrimoniais	338.271,34												
Diversos	506.642,56												
SUBTOTAL - A	28.276.422,11												
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>													
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE													
Do SUS	973.155,78												
CONVÊNIO FEDERAIS	286.669,55												
CONVÊNIO ESTADUAIS	193.410,00												
CONVÊNIO DIVERSOS													
SUBTOTAL - B	1.453.235,33												
TOTAL GERAL DA RECEITA	29.729.657,44												

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Tupim

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	10.531,79	Pessoal	88.401,39					
ISS	22.643,73	Outros Custeios		100.264,80	27.792,72	128.057,52		
ITB	13.288,85	Rem. Serv. pessoais	161.062,72	3.450,70		3.450,70		
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		5.920,00		5.920,00		
FPM	1.841.867,30	Outras despesas						
ICMS	233.829,83	TOTAL	249.464,11	109.635,50	27.792,72	137.428,22		386.892,33
IPVA	2.875,22							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	15.589,90							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos	373.700,12							
SUBTOTAL - A	2.514.326,74							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	109.758,66							
CONVÊNIO FEDERAIS	27.792,72							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	137.551,38							
TOTAL GERAL DA RECEITA	2.652.119,45							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b> <b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</td> <td style="text-align: right;">249.464,11</td> <td style="text-align: right;">= 10%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">SUBTOTAL "A" %</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px dashed black;">2.514.326,74</td> <td></td> </tr> </table>	GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =	249.464,11	= 10%	SUBTOTAL "A" %	2.514.326,74	
GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =	249.464,11	= 10%					
SUBTOTAL "A" %	2.514.326,74						
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</td> <td style="text-align: right;">137.428,22</td> <td style="text-align: right;">= 5%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">TOTAL GERAL DA RECEITA %</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px dashed black;">2.652.119,46</td> <td></td> </tr> </table>	GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =	137.428,22	= 5%	TOTAL GERAL DA RECEITA %	2.652.119,46	
GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =	137.428,22	= 5%					
TOTAL GERAL DA RECEITA %	2.652.119,46						
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</td> <td style="text-align: right;">386.892,33</td> <td style="text-align: right;">= 15%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">TOTAL GERAL DA RECEITA %</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px dashed black;">2.652.119,46</td> <td></td> </tr> </table>	GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =	386.892,33	= 15%	TOTAL GERAL DA RECEITA %	2.652.119,46	
GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =	386.892,33	= 15%					
TOTAL GERAL DA RECEITA %	2.652.119,46						

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Tupim

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	10.781,96	Pessoal	80.565,51	2.755,66				
ISS	257.919,44	Outros Custeios	80.862,98	72.123,62				
ITB	8.786,75	Rem. Serv. pessoais	13.244,67	116.694,97	97.305,68			
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos	36.072,70	2.790,27				
FPM	1.980.497,07	Outras despesas		1.505,00				
ICMS	330.648,38	TOTAL	210.745,86	195.869,52	97.305,68	293.175,20		503.921,06
IPVA	3.896,57							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	37.093,37							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	19.761,85							
Diversos	119.938,54							
SUBTOTAL - A	2.769.323,43							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	26.441,58							
Do SUS	192.969,40							
CONVÊNIO FEDERAIS	107.441,67							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	326.852,65							
TOTAL GERAL DA RECEITA	3.096.176,08							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE</u> =	<u>210.745,86</u> = 8%
SUBTOTAL "A" %	<u>2.769.323,43</u>
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE</u> =	<u>293.175,20</u> = 9%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>3.096.176,08</u>
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE</u> =	<u>503.921,06</u> = 16%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>3.096.176,08</u>

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Brumado

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	132.409,23	Pessoal	256.000,00					
ISS	531.875,59	Outros Custeios	144.000,00	80.717,80				
ITB	36.485,82	Rem. Serv. pessoais	34.841,39					
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos	103.560,56					
FPM	2.578.614,19	Outras despesas						
ICMS	2.861.959,07	TOTAL	538.401,95	80.717,80				619.119,75
IPVA	166.789,88							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO	426.574,75							
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos	241.344,66							
SUBTOTAL - A	6.976.053,14							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	80.717,80							
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA	7.056.770,94							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u>	<u>538.401,95 = 7,71%</u>
SUBTOTAL "A" %	<u>6.976.053,14</u>
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u>	<u>80.717,80 = 1,14%</u>
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>7.056.770,94</u>
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u>	<u>619.119,75 = 8,77%</u>
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>7.056.770,94</u>

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Brumado

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL					
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)					
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>													
I - Receitas Tributárias		I – Despesas Correntes											
IPTU	135.288,66	Pessoal	312.783,10				312.783,10						
ISS	599.650,77	Outros Custeios	119.092,17	112.403,77			231.495,94						
ITB	34.840,16	Rem. Serv. pessoais	160.095,85	49.601,67			209.697,52						
Diversas		II - Despesas de capital											
II – Receitas de Transferências		Investimentos	9.889,51	32.284,57			42.174,08						
FPM	4.286.113,74	Outras despesas											
ICMS	2.768.237,54	TOTAL	601.860,73	194.290,01			796.050,74						
IPVA	203.521,38	<p><b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b></p> <p><b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b></p> $\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{601.760,73}{8.027.652,25} = 7,49\%$ <p><b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b></p> $\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{194.290,01}{8.659.272,06} = 2,24\%$ <p><b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b></p> $\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{796.050,74}{8.659.272,06} = 9,20\%$											
FUNDO DE EXPORTAÇÃO													
IOF - S/OURO													
III - Juros e Multas													
Sobre Receitas Acima													
IV - Receitas Patrimoniais													
Diversos													
SUBTOTAL - A								8.027.652,25					
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>													
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								505.253,81					
Do SUS	126.366,00												
CONVÊNIO FEDERAIS													
CONVÊNIO ESTADUAIS													
CONVÊNIO DIVERSOS													
SUBTOTAL - B		631.619,81											
TOTAL GERAL DA RECEITA		8.659.272,06											

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	5.052.111,64	Pessoal	2.870.294,51					
ISS	12.384.061,13	Outros Custeios	809.783,11	269.013,49	1.045.398,54			
ITB	649.814,77	Rem. Serv. pessoais						
Diversas	1.663.529,00	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		85.587,97				
FPM	5.525.601,89	Outras despesas						
ICMS	76.473.524,19	TOTAL	3.680.077,62	354.601,46	1.045.398,54			5.080.077,62
IPVA	11.714,19							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	676.037,27							
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos								
SUBTOTAL - A	102.436.393,90							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	354.601,46							
CONVÊNIO FEDERAIS	1.045.398,54							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	1.400.000,00							
TOTAL GERAL DA RECEITA	103.836.393,90							

  

<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>		
<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>		
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE</u> =	3.680.077,62	= 3,5%
SUBTOTAL "A" %	102.436.393,90	
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>		
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE</u> =	1.460.000,00	= 1,4%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	103.836.393,90	
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>		
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE</u> =	5.080.077,62	= 5%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	103.836.393,90	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.



## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL					
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)					
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>													
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes											
IPTU	7.012.873,28	Pessoal	3.957.227,62										
ISS	11.411.344,18	Outros Custeios	1.746.540,86	692.598,59	572.915,50								
ITB	746.951,10	Rem. Serv. pessoais		251.025,85									
Diversas	14.524,39	II - Despesas de capital											
II - Receitas de Transferências		Investimentos											
FPM	6.429.170,64	Outras despesas	27.306,00	116.685,60									
ICMS	78.265.491,45	TOTAL	5.731.074,48	1.060.310,04	572.915,50	1.633.225,54	7.364.300,02						
IPVA	361.376,03	<p><b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b></p> <p><b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b></p> <p style="text-align: right;"><u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u> <span style="float: right;">5.731.074,48 = 4,84%</span></p> <p style="text-align: right;">SUBTOTAL "A" % <span style="float: right;">118.687.927,75</span></p> <p><b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b></p> <p style="text-align: right;"><u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u> <span style="float: right;">1.633.225,54 = 1,35%</span></p> <p style="text-align: right;">TOTAL GERAL DA RECEITA % <span style="float: right;">120.890.998,97</span></p> <p><b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b></p> <p style="text-align: right;"><u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u> <span style="float: right;">7.364.300,02 = 6,10%</span></p> <p style="text-align: right;">TOTAL GERAL DA RECEITA % <span style="float: right;">120.890.998,97</span></p>											
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	6.604.561,80												
IOF - S/OURO													
III - Juros e Multas	832.870,32												
Sobre Receitas Acima													
IV - Receitas Patrimoniais	3.135.756,62												
Diversos	3.873.007,99												
SUBTOTAL - A	118.687.927,75												
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>													
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE													
Do SUS	1.476.650,61												
CONVÊNIO FEDERAIS	726.420,61												
CONVÊNIO ESTADUAIS													
CONVÊNIO DIVERSOS													
SUBTOTAL - B	2.203.071,22												
TOTAL GERAL DA RECEITA	120.890.998,97												

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Para achar valor do SUS: Relatório – Saldo diminuição do valor total dos gastos, achou gasto municipal e deduzir por elemento de despesa convênio, só custeio e fiz as demais reduções.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	2.109.070,94	Pessoal	3.005.513,72					3.005.513,72
ISS	5.603.294,68	Outros Custeios		2.248.328,76	1.649.346,45			3.897.675,21
ITB		Rem. Serv. pessoais						
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		1.108,35				1.108,35
FPM	10.633.257,15	Outras despesas						
ICMS	21.548.123,10	TOTAL	3.005.513,72	2.249.437,11	1.649.346,45	3.898.783,56		6.904.297,28
IPVA	1.107.473,79							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	134.117,86							
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	332.909,81							
Diversos	2.808.747,88							
SUBTOTAL - A	44.276.995,41							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	2.283.471,88							
CONVÊNIO FEDERAIS	2.224.833,35							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	4.508.305,23							
TOTAL GERAL DA RECEITA	48.785.300,64							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b> <b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u> SUBTOTAL "A" %	$\frac{3.005.513,73}{44.276.995,41} = 6,7\%$
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b> <u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u> TOTAL GERAL DA RECEITA %	$\frac{3.898.783,56}{48.785.300,64} = 7,99\%$
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b> <u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u> TOTAL GERAL DA RECEITA %	$\frac{6.904.297,28}{48.785.300,64} = 14,15\%$

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	3.092.494,58	Pessoal	3.157.926,35					3.157.926,35
ISS	7.146.468,20	Outros Custeios	1.735.169,14	1.434.311,41	1.371.848,67			4.541.329,22
ITB		Rem. Serv. pessoais		1.143.621,53				1.143.621,53
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		192.708,30				192.708,30
FPM	10.283.975,23	Outras despesas						
ICMS	18.847.905,56	TOTAL	4.893.095,49	2.770.641,24	1.371.848,67	4.142.490,91		9.035.585,40
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima	152.096,79							
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos	91.174,69							
SUBTOTAL - A	39.614.115,05							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	6.195.669,79							
CONVÊNIO FEDERAIS	869.353,21							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	7.065.023,00							
TOTAL GERAL DA RECEITA	46.679.138,05							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{4.893.095,49}{39.614.115,05} = 12,35\%$	
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{4.142.490,91}{46.679.138,05} = 8,87\%$	
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{9.035.585,40}{46.679.138,05} = 19,35\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Dinheiro da Dengue – 3.269.537,72

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Ichu

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	2.826,50	Pessoal	39.033,09	58.549,00				97.582,09
ISS	12.279,78	Outros Custeios	60.643,24	201.610,77				262.254,01
ITB	1.137,00	Rem. Serv. pessoais						
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPM	1.029.248,50	Outras despesas						
ICMS	89.787,44	<b>TOTAL</b>	99.676,33	260.159,77				359.836,10
IPVA	2.599,65							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	310.959,19							
Diversos	310.959,19							
<b>SUBTOTAL - A</b>	<b>1.448.838,06</b>							
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	260.159,77							
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
<b>SUBTOTAL - B</b>	<b>260.159,77</b>							
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>1.708.977,03</b>							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{99.676,33}{1.448.838,06} = 7\%$	
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{260.159,77}{1.708.977,03} = 15\%$	
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{359.836,10}{1.708.977,03} = 21\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Obs: Receitas Federais esta junto Convênio no DATASUS, consta apenas 203.676,66.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Ichu

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	10.000,00	Pessoal	30.000,00	50.000,00				80.000,00
ISS	30.000,00	Outros Custeios	180.00,00	100.00,00				280.000,00
ITB	10.000,00	Rem. Serv. pessoais						
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos	20.000,00	20.000,00				40.000,00
FPM	2.641.000,00	Outras despesas	15.000,00	15.000,00				30.000,00
ICMS	400.000,00	TOTAL	245.000,00	185.000,00				430.000,00
IPVA	15.000,00							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO		<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>						
IOF - S/OURO		<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>						
III - Juros e Multas		$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{245.000,00}{3.946.000,00} = 6,2\%$						
Sobre Receitas Acima		<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>						
IV - Receitas Patrimoniais	840.000,00	$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{185.000,00}{5.120.000,00} = 3,6\%$						
Diversos	840.000,00	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>						
SUBTOTAL - A	3.946.000,00	$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{430.000,00}{5.120.000,00} = 8,4\%$						
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	430.000,00							
CONVÊNIO FEDERAIS	120.000,00							
CONVÊNIO ESTADUAIS	624.000,00							
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	1.174.000,00							
TOTAL GERAL DA RECEITA	5.120.000,00							

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Obs: O município aumentou as receitas em 200% tendo reduzido assim o percentual gasto com Saúde, não gastou a transferência Estadual.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Itaratim

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I – Despesas Correntes						
IPTU	35.496,00	Pessoal	295.964,59					
ISS	21.297,88	Outros Custeios		298.880,30				
ITB		Rem. Serv. pessoais		171.735,48				
Diversas		II - Despesas de capital						
II – Receitas de Transferências		Investimentos	19.588,18					
FPM	2.160.982,34	Outras despesas						
ICMS	1.291.694,53	TOTAL	315.552,77	470.615,78				786.168,55
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	8.000,00							
Diversos								
SUBTOTAL - A	3.517.470,75							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	475.345,38							
Do SUS								
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	475.345,38							
TOTAL GERAL DA RECEITA	3.992.816,13							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b> <b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u> SUBTOTAL "A" %	<u>315.552,77 = 8,97%</u> 3.517.470,75
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u> TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>470.615,78 = 11,78%</u> 3.992.816,13
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u> TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>786.168,55 = 19,68%</u> 3.992.816,13

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Receita Total menos saldo do banco 4.729,60 - deu o valor federal da despesa.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Itaratim

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	8.253,73	Pessoal	441.859,91					
ISS	11.268,75	Outros Custeios	93.526,97	545.557,97				
ITB	57.243,98	Rem. Serv. pessoais			130.786,00			
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos	10.269,10					
FPM	2.143.056,86	Outras despesas						
ICMS	1.105.417,52	TOTAL	545.655,98	595.557,97	130.786,00	576.343,97		1.121.999,95
IPVA	16.391,23							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	500,00							
Sobre Receitas Acima	3.103,28							
IV - Receitas Patrimoniais	2.298,55							
Diversos	148.832,90							
SUBTOTAL - A	3.496.336,86							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	547.557,97							
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS	30.786,00							
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	578.343,97							
TOTAL GERAL DA RECEITA	4.074.710,83							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE</u>	=	<u>545.655,98</u> = 15,60%
SUBTOTAL "A" %		3.496.336,86
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE</u>	=	<u>576.343,97</u> = 14,14%
TOTAL GERAL DA RECEITA %		4.074.710,83
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE</u>	=	<u>1.121.999,95</u> = 27,53%
TOTAL GERAL DA RECEITA %		4.074.710,83

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>								
I - Receitas Tributárias	8.975.720,25	I - Despesas Correntes						
IPTU		Pessoal	782.600,38					782.600,38
ISS		Outros Custeios	254.054,74	913.208,82	450.775,12			1.618.038,68
ITB		Rem. Serv. pessoais	621.650,90		33.215,40			654.866,30
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências	11.867.762,73	Investimentos		208.647,39				208.647,39
FPM		Outras despesas		51.496,92				51.496,92
ICMS		TOTAL	1.658.306,02	1.173.353,13	483.990,52	1.657.343,65		3.315.649,67
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	524.289,82							
Diversos								
SUBTOTAL - A	21.367.772,80							
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	1.302.638,65							
CONVÊNIO FEDERAIS	610.583,36							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	1.913.222,01							
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>23.280.994,81</b>							

  

<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{1.658.306,02}{21.367.772,80} = 7,76\%$	$= \frac{1.658.306,02}{21.367.772,80} = 7,76\%$
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{1.657.343,65}{23.280.994,81} = 7,11\%$	$= \frac{1.657.343,65}{23.280.994,81} = 7,11\%$
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{3.315.649,67}{23.280.994,81} = 14,24\%$	$= \frac{3.315.649,67}{23.280.994,81} = 14,24\%$

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.



## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias	10.693.015,33	I - Despesas Correntes						
IPTU		Pessoal	714.913,24					
ISS		Outros Custeios	227.553,73	1.970.284,83				
ITB		Rem. Serv. pessoais	837.134,01					
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências	17.385.999,82	Investimentos		219.082,44				
FPM		Outras despesas	2.784,30	60.259,27				
ICMS		TOTAL	1.782.385,28	2.249.626,54				4.032.011,82
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	665.012,22							
Diversos	3.353.168,52							
SUBTOTAL - A	32.097.195,89							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	1.842.778,46							
CONVÊNIO FEDERAIS	83.950,00							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	1.926.728,46							
TOTAL GERAL DA RECEITA	34.023.924,35							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE</u> =	<u>1.782.385,28</u> = 5,55%
SUBTOTAL "A" %	<u>32.097.195,89</u>
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE</u> =	<u>2.249.626,54</u> = 6,61%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>34.023.924,35</u>
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE</u> =	<u>4.032.011,82</u> = 11,85%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	<u>34.023.924,35</u>

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Macaúbas

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	14.304,98	Pessoal	64.934,03		10.668,02	10.668,02	42.328,36	117.930,41
ISS	34.797,30	Outros Custeios	156.890,52			236.789,28		392.959,80
ITB	3.826,00	Rem. Serv. pessoais	100.324,50	80.789,91		80.789,91	82.312,76	263.427,17
Diversas	18.130,98	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos			7.886,00	7.886,00		7.886,00
FPM	2.348.491,12	Outras despesas						
ICMS	281.411,81	TOTAL	322.149,05	80.789,91	254.623,30	335.413,21	124.641,12	782.203,38
IPVA	28.059,10							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	512,00							
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	143.339,21							
Diversos								
SUBTOTAL - A	2.872.872,50							
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	80.789,91							
CONVÊNIO FEDERAIS	254.623,30							
CONVÊNIO ESTADUAIS	124.641,12							
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	460.054,33							
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>3.332.926,83</b>							

  

<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{322.149,05}{2.872.872,50} = 11,21\%$	
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{460.054,21}{3.332.926,83} = 13,80\%$	
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{782.203,38}{3.332.926,83} = 23,47\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Macaúbas

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	14.951,49	Pessoal	679.558,72	228.734,62				
ISS	64.537,88	Outros Custeios		84.564,49				
ITB	3.015,00	Rem. Serv. pessoais		36.446,75	431.666,09			
Diversas	7.701,76	II – Despesas de capital						
II – Receitas de Transferências		Investimentos	21.000,00					
FPM	254.213,39	Outras despesas	27.727,46					
ICMS	2.250.562,36	TOTAL	728.286,18	349.745,86	431.666,09	781.411,95		1.509.698,13
IPVA	384.593,07							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	38.554,11							
IOF - S/OURO	34.618,55							
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	121.793,41							
Diversos	54.544,75							
SUBTOTAL - A								
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES	3.229.086,48							
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	396.449,82							
CONVÊNIO FEDERAIS	43.246,00							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	439.695,82							
TOTAL GERAL DA RECEITA	3.668.782,30							

  

	<b>1 – PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{728.286,18}{3.229.086,48} = 22,55\%$	
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{781.411,95}{3.668.782,30} = 21,29\%$	
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{1.509.698,13}{3.668.782,30} = 41,14\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeira do Pombal

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	24.302,25	Pessoal		116.854,46				
ISS	116.542,28	Outros Custeios	195.391,60	73.126,96	66.473,14			
ITB	21.439,70	Rem. Serv. pessoais		179.372,81				
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		55.660,13				
FPM	2.495.939,25	Outras despesas						
ICMS	647.002,36	TOTAL	195.391,60	425.014,36	66.473,14	491.427,57		686.879,10
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	43.197,29							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos	213.060,33							
SUBTOTAL - A	3.561.483,46							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	428.684,43							
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS	66.473,14							
SUBTOTAL - B	495.157,57							
TOTAL GERAL DA RECEITA	4.056.641,03							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{195.391,10}{3.561.483,46} = 5,4\%$	
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{491.427,57}{4.056.641,03} = 12\%$	
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{686.879,10}{4.056.641,03} = 17\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeira do Pombal

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I – Despesas Correntes						
IPTU	25.819,29	Pessoal	529.000,38	433.453,84				
ISS	221.797,68	Outros Custeios			65.376,95			
ITB	28.516,70	Rem. Serv. pessoais						
Diversas	47.683,66	II – Despesas de capital						
II – Receitas de Transferências		Investimentos	648.155,69	409.162,06				
FPM	3.571.761,52	Outras despesas		108.726,35				
ICMS	798.972,77	TOTAL	1.177.156,07	951.342,25	65.376,95	1.016.719,20		2.193.875,27
IPVA	47.707,76							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	20.090,53							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	800,00							
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	4.797,16							
Diversos	79.226,73							
SUBTOTAL - A	4.847.173,80							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	649.183,73							
CONVÊNIO FEDERAIS	122.426,00							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS/REFORSUS	409.162,06							
SUBTOTAL - B	1.180.771,79							
TOTAL GERAL DA RECEITA	6.027.945,59							

  

	1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO
	1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{1.177.156,07}{4.847.173,80} = 24,28\%$	
	1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{1.016.719,20}{6.027.845,59} = 16,86\%$	
	1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{2.193.875,27}{6.027.945,59} = 36,39\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

Obs: A despesa não estava discriminada, com base nos extratos das contas, deduzi a despesa por elemento

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias	183.273.967,50	I - Despesas Correntes						
IPTU	60.156.136,52	Pessoal	9.535.223,87	758.420,96				
ISS	105.594.703,20	Outros Custeios	1.841.967,05		8.773.075,92			
ITB	17.146.957,50	Rem. Serv. pessoais						
Diversas	376.170,38	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências	234.152.965,40	Investimentos	88.533,64	9.979,40	23.726,00			
FPM	82.620.059,47	Outras despesas						
ICMS	129.039.054,83	TOTAL	11.465.724,56	768.400,36	8.796.801,92	9.565.202,28		21.030.926,84
IPVA	17.607.218,41							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	4.886.632,80							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	44.221.738,32							
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	5.892.183,22							
Diversos								
SUBTOTAL - A	467.540.854,40							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	1.226.355,22							
CONVÊNIOS FEDERAIS	7.029.041,35							
CONVÊNIOS ESTADUAIS	651.178,00							
CONVÊNIOS DIVERSOS	215.279,12							
SUBTOTAL - B	9.121.853,69							
TOTAL GERAL DA RECEITA	476.662.708,09							

  

<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{11.465.724,56}{467.540.854,40} = 2,45\%$	
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{9.565.202,28}{476.662.708,09} = 2\%$	
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{21.030.926,37}{476.662.708,09} = 4,41\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU		Pessoal	8.895.488,28	9.772.302,05	15.280.682,92			33.948.473,25
ISS		Outros Custeios	3.942.189,90					3.942.189,90
ITB		Rem. Serv. pessoais						
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos	201.592,20	63.065,00	16.872,60			281.529,80
FPM		Outras despesas						
ICMS		TOTAL	13.039.270,38	9.835.367,05	15.297.555,52			38.172.192,95
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos								
SUBTOTAL - A								
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	791.590,98							
Do SUS	17.262.450,36							
CONVÊNIO FEDERAIS	10.873.591,67							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS	1.122.670,66							
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA	30.050.303,67							

1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO

1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =

$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} =$	-----
---	-------

1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =

$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} =$	-----
--	-------

1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =

$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} =$	-----	=
---	-------	---

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Estevão

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
<b>A - RECEITAS MUNICIPAIS</b>								
I - Receitas Tributárias		I – Despesas Correntes						
IPTU	19.745,52	Pessoal	157.364,60					
ISS	6.515,81	Outros Custeios			117.710,78			
ITB	11.689,90	Rem. Serv. pessoais		228.245,41	40.908,46			
Diversas		II - Despesas de capital						
II – Receitas de Transferências		Investimentos	11.925,00					
FPM	2.762.800,90	Outras despesas	714,00					
ICMS	1.026.905,23	<b>TOTAL</b>	<b>170.003,60</b>	<b>228.245,41</b>	<b>158.619,24</b>	<b>386.864,65</b>		<b>556.868,25</b>
IPVA	24.802,35							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima	3.000,00							
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos	248.647,48							
<b>SUBTOTAL - A</b>	<b>4.104.107,19</b>							
<b>B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES</b>								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE								
Do SUS	203.704,17							
CONVÊNIO FEDERAIS	220.000,00							
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
<b>SUBTOTAL - B</b>	<b>423.704,17</b>							
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>4.527.811,36</b>							

  

	<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>
	<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>
<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE =</u>	160.003,60 = 3,89%
SUBTOTAL "A" %	----- 4.104.107,19
	<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>
<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE =</u>	386.864,65 = 8,57%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	----- 4.527.811,36
	<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>
<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</u>	556.868,25 = 12,34%
TOTAL GERAL DA RECEITA %	----- 4.527.811,36

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.



## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Estevão

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	8.249,61	Pessoal	111.907,87		108.605,88	108.605,88		220.513,75
ISS	6.438,26	Outros Custeios	391.745,75	131.695,19	281.831,25	413.526,44		825.272,19
ITB		Rem. Serv. pessoais						
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPM	3.214.585,32	Outras despesas						
ICMS	1.212.588,99	TOTAL	503.653,62	131.695,19	390.437,13	522.132,32	20.000,00	1.045.785,94
IPVA	29.278,70							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	89.214,11							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	394,84							
Diversos	54.894,97							
SUBTOTAL - A	4.615.644,80							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	366.885,85							
Do SUS	117.471,67							
CONVÊNIOS FEDERAIS	37.774,80							
CONVÊNIOS ESTADUAIS	20.000,00							
CONVÊNIOS DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	542.132,32							
TOTAL GERAL DA RECEITA	5.157.777,12							

  

**1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO**

**1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =**

<u>GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE</u>	=	503.653,62	=	10,91%
SUBTOTAL "A" %		4.615.644,80		

**1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =**

<u>GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE</u>	=	542.132,32	=	10,51%
TOTAL GERAL DA RECEITA %		5.157.777,12		

**1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =**

<u>GASTOS TOTAIS COM SAÚDE</u>	=	1.045.785,94	=	20,27%
TOTAL GERAL DA RECEITA %		5.157.777,12		

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997

Secretaria Municipal de Saúde de Serrinha

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	27.269,87	Pessoal	172.094,74	297.739,24		297.739,24		469.833,98
ISS	151.495,63	Outros Custeios						
ITB	19.431,11	Rem. Serv. pessoais	304.520,37	321.276,19		321.276,19		625.796,56
Diversas		II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPM	3.990.712,49	Outras despesas						
ICMS	938.646,27	TOTAL	476.615,11	619.015,11		619.015,43		1.095.630,54
IPVA	92.101,39							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO	226.943,85							
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais	136.305,96							
Diversos	5.582.906,57							
SUBTOTAL - A								
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	619.015,43							
Do SUS								
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS ESTADUAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS	619.015,43							
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA	6.201.922,00							

  

<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{476.615,11}{5.582.906,57} = 8,5\%$	
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{619.015,43}{6.201.922,00} = 10\%$	
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{1.095.630,54}{6.201.922,00} = 17,7\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1998

Secretaria Municipal de Saúde de Serrinha

Tipo de Gestão: Plena da Atenção Básica

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESA COM SAÚDE POR ÍTENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSO					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV.FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4=2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU	74.337,61	Pessoal	24.206,37	115.760,78				
ISS	241.052,24	Outros Custeios	280.847,82	196.793,49				
ITB	26.511,55	Rem. Serv. pessoais	151.726,89	474.472,05				
Diversas	73.844,89	II - Despesas de capital						
II - Receitas de Transferências		Investimentos		4.989,42				
FPM	4.643.289,94	Outras despesas		432,00				
ICMS	1.244.049,88	TOTAL	456.781,08	792.447,74				1.249.228,82
IPVA	119.509,76							
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								
IOF - S/OURO								
III - Juros e Multas	202.076,39							
Sobre Receitas Acima	370,11							
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos								
SUBTOTAL - A	6.625.042,37							
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transferências p/ a SAÚDE	646.692,90							
Do SUS	148.050,00							
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS ESTADUAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS								
SUBTOTAL - B	794.742,90							
TOTAL GERAL DA RECEITA	7.419.785,27							

  

<b>1 - PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO</b>	
<b>1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =</b>	
$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" \%}} = \frac{456.781,08}{6.625.042,37} = 6,89\%$	
<b>1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =</b>	
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{792.447,74}{7.419.785,27} = 10,68\%$	
<b>1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =</b>	
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA \%}} = \frac{1.249.228,82}{7.419.785,27} = 16,83\%$	

Nota: Não incluir nas receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições. Esta planilha é o anexo 7 da instrução Normativa 01/98 do M.S.

## ANEXO XI

Tabela 6 - % de diferença do orçamento programado e executado nos municípios estudados em 1997 e 1998

Município	Orçamento Programado R\$		Orçamento Executado R\$		Diferença %	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
1- Alagoinhas	3.798.715,00	4.770.427,00	2.170.580,00	3.068.278,13	57	64
2- Barra do Choça	1.388.000,00	1.545.812,34	572.000,00	878.643,49	41	57
3- Barreiras		3.452.100,00	2.429.084,05	2.358.207,65	-	68
4- Boa Vista do Tupim		826.300,00	386.892,33	503.921,05	-	61
5- Brumado		3.309.200,00	619.119,75	796.050,74	-	24
6 -Camaçari	8.450.400,00	16.705.000,00	5.080.077,62	7.375.187,97	60	44
7- Feira de Santana	21.082.000,00	15.869,750,00	6.904.297,28	9.035.585,80	33	57
8- Ichu		825.503,00	359.836,10	430.000,00	-	52
9- Itarantim	1.159.160,71		786.165,55	1.121.999,95	68	-
10- Lauro de Freitas	3.780.647,98	7.320.000,00	3.315.649,67	4.032.011,82	27	55
11- Macaúbas	2.866.308,39	1.645.000,00	782.203,38	1.509.698,13	27	92
12- Ribeira do Pombal	695.950,00	2.892.220,00	686.879,10	2.193.875,27	99	76
13- Salvador		91.418.000,00	21.030.962,37	38.172.777,21	-	41
14- Santo Estevão	4.000.000,00	318.600,00	546.868,25	1.045.785,00	14	328
15- Serrinha	1.285.000,00	1.865.000,00	1.095.630,54	1.249.228,82	85	67

Segundo a Tabela 6, os orçamentos do Plano Municipal de Saúde não estão coerentes com o orçamento executado, em sua maioria, os valores são 50% maiores. Chama a atenção ainda os valores do orçamento aprovado pela câmara, que apesar de serem maiores que o executado, é bem diferente do estabelecido no plano, demonstrando uma falta de articulação e programação conjunta do setor de finanças e Secretaria de Saúde.

## ANEXO XII

Tabela 7 - Análise do processo de prestação de contas dos relatórios de gestão

MUNICÍPIO	ELABOROU RELATÓRIO DE GESTÃO		RELATÓRIO COM BALANCETE FINANCEIRO			
			GERAL		FUNDO M. DE SAÚDE	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
1- Alagoinhas	X	X		X*		
2- Barra do Choça	X	X			X	X
3- Barreiras	X	X	X**			
4- Boa Vista do Tupim	X	X	-			
5- Brumado	X	X	-	-		
6 -Camaçari	X	X	X*			
7-Feira de Santana	-	-	-	-		
9- Ichu	-	X		X*		
10- Itarantim	X	X	X*	X*		
11- Lauro de Freitas	-	X			X	
12- Ribeira do Pombal	X	X				
13- Salvador	X	X	X*	X*		
14- Santo Estevão	X	X		X		
15- Serrinha	X	X	-	X*		

Dos quinze municípios do estudo, observamos na Tabela 7, que três municípios não elaboraram relatório em 1997 e um em 1998, chama atenção que dois desses municípios estão no grupo de municípios de grande porte, que tem IDE elevado e capacidade técnica, pelo número de profissionais existentes na secretaria para elaborar o referido documento.

Quanto à apresentação do balancete financeiro no relatório de gestão, dois municípios em 1997, e um em 1998, apresentaram no relatório apenas o balancete financeiro do Fundo Municipal de Saúde. Dos municípios que apresentaram, no relatório, o balancete do Fundo e o geral da prefeitura, apenas dois fizeram avaliação do percentual de recursos próprios em 1998 (Boa Vista do Tupim e Santo de Estevão), os demais, apesar de terem apresentado o volume de recursos, não fizeram uma avaliação de quanto representam esses valores na receita própria do município e esses dados são contraditórios aos apresentados no balancete geral da prefeitura.