



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE - PB  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CURSO: CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

**ANDRESA MARIA DA COSTA BATISTA**

**UMA ANÁLISE DOS GASTOS COM A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BOA  
VISTA (PB), NO PERÍODO DE 2007 A 2011, EM CONFORMIDADE COM A  
EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000.**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2012**

**ANDRESA MARIA DA COSTA BATISTA**

**UMA ANÁLISE DOS GASTOS COM A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA (PB), NO PERÍODO DE 2007 A 2011, EM CONFORMIDADE COM A EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000.**

Artigo apresentado à Universidade Estadual da Paraíba, como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Ciências Contábeis, pela referida instituição.

Orientador: Professor Especialista João Teberge Neto

CAMPINA GRANDE-PB

2012

B333u

Batista, Andresa Maria da Costa.

Uma análise dos gastos com a saúde pública no município de Boa Vista(PB), no período de 2007 à 2011, em conformidade com a emenda constitucional 29/2000. [manuscrito] / Andresa Maria da Costa Batista. – 2012.

20f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Prof. Esp. João Teberge Neto, Departamento de Contabilidade”.

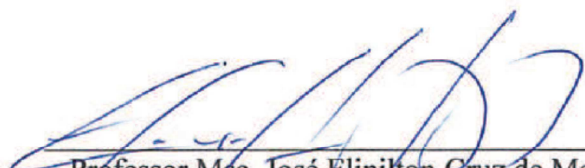
1. Gastos com Saúde . 2.Saúde Pública 3. SUS. I. Título.

21. ed. CDD 657.61

**ANDRESA MARIA DA COSTA BATISTA**

**UMA ANÁLISE DOS GASTOS COM A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA (PB), NO PERÍODO DE 2007 A 2011, EM CONFORMIDADE COM A EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000.**

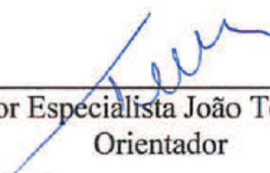
Este trabalho de conclusão de curso – TCC foi julgada adequada para obtenção do título de bacharel em Ciências Contábeis – sendo aprovada em sua forma final.



---

Professor Msc. José Elinilton Cruz de Menezes  
Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso

Professores que compuseram a banca:




---

Professor Especialista João Teberge Neto  
Orientador



---

Professor Especialista Gitano Souto Silva  
Membro



---

Professora Mestre Kaline Di Pace Nunes  
Membro

Campina Grande - PB, 26 de junho de 2012

## RESUMO

Em 13 de setembro de 2000, com a finalidade de organizar e melhorar as condições da saúde pública no Brasil foi aprovada a Emenda Constitucional 29, estabelecendo a vinculação de recursos nas três esferas de governo, objetivando estabelecer um processo de financiamento mais estável, dentro de limites mínimos impostos aos entes federados, como é o caso dos municípios, que tem que aplicar pelo menos 15% do total da arrecadação dos impostos próprios e transferências intergovernamentais nos serviços de saúde pública. Neste sentido, este trabalho questiona como o município de Boa Vista – PB está alocando os recursos destinados pela legislação específica para a área de saúde? O presente estudo tem por objetivo principal fazer a apresentação e avaliação dos gastos com saúde pública no município de Boa Vista (PB), entre os anos de 2007 a 2011. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e descritiva, procurando explicitar o problema em tela a partir de referenciais teóricos já publicados acerca do assunto e analisar comparativamente os dados disponibilizados pelos SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde dos exercícios de 2007 a 2011. Ao final, concluiu-se que apesar das inovações implementadas pela EC 29 na melhoria do financiamento da saúde no nosso país, ainda há a necessidade de criar dispositivos legais a fim de normatizar como esses recursos devem ser alocados, evitando disparidades e gastos excessivos em algumas áreas dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Gastos com saúde. Financiamento. SUS.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pode e deve ser compreendida como um direito, que deve ser oferecido à população de forma correta, com qualidade e sem discriminação. Assim, pode-se dizer que a saúde, sendo um direito humano, apenas pode ser alcançada em um Estado de Direito, onde existam atos alicerçados na ordem jurídica. Por conta disso é preciso que haja uma administração pública capaz de gerir os gastos e investimentos com a saúde pública.

A maioria dos países apresenta como principal preocupação, por razões variadas, financiamentos na área da saúde. Os países mais desenvolvidos colocam uma parte significativa de seu Produto Interno Bruto - PIB direcionada para a saúde e apresentam uma crescente atenção com a eficácia, efetividade e equiparação nas despesas destinadas à saúde, já que um maior gasto na área médica e de assistência não quer dizer, obrigatoriamente, que apresentam meios mais eficazes para a saúde, assim como não solucionam imediatamente as injustiças sofridas no acesso a esses serviços. Já nos países em desenvolvimento, o grande problema, além da necessidade de levar saúde a todas as parcelas da população, é conseguir meios para cumprir as condições para financiamentos do setor, uma vez que esses desembolsos concorrem com muitas outras urgências que dizem respeito ao desenvolvimento social e econômico.

Nos países em desenvolvimento o dinheiro vêm quase que exclusivamente de dois tipos de agentes econômicos: famílias e empresas, ainda que o Estado não crie recursos, a menos que desenvolva uma atividade que leve à produção, cumpre o papel de arrecadação, através de impostos, contribuições e taxas, além do papel de distribuir os recursos arrecadados para executar ações e serviços públicos.

Dessa forma, para que o Estado possa caminhar e se desenvolver é preciso administrar as verbas e vinculá-las aos setores sociais, sendo a saúde um dos principais destes setores.

A fim de organizar e melhorar as condições da saúde pública, no ano 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que consolida o SUS (Sistema Único de Saúde) estabelecendo a vinculação de recursos nas três esferas de governo objetivando um processo de financiamento mais estável e reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, facilitando a prevenção de sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Na instância local, o SUS é viabilizado por recursos próprios, do governo federal e do estadual. Diante dessas circunstâncias chega-se ao seguinte questionamento: como o município de Boa Vista (PB) está alocando os recursos destinados pela legislação específica para a área de saúde?

Em função dos benefícios que a correta e eficiente aplicação dessa Lei pode trazer ao serviço público de saúde do nosso país, uma vez que cada ente da federação deve cumprir os limites nela estabelecidos, de forma a oferecer um serviço de qualidade a toda população, e por outro lado também às sanções as quais os entes e gestores estão submetidos pelo não cumprimento da mesma, é que se justifica a escolha desse tema.

Dessa forma, o presente estudo objetiva fazer a apresentação e avaliação dos gastos com saúde pública no município de Boa Vista, na Paraíba, entre os anos de 2007 a 2011. Especificamente analisar e verificar as demonstrações dos dados do SIOPS nos anos mencionados, procurando para tanto evidenciar a evolução das receitas e despesas no período em referência, além de realizar uma avaliação do cumprimento da EC 29/2000 pelo município em questão, procedendo-se uma comparação dos dados disponibilizados pelo SIOPS com o percentual mínimo que é instituído pela EC 29/2000.

## **2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE ORÇAMENTO, DESPESA E RECEITA PÚBLICA.**

O orçamento é um procedimento contínuo, dinâmico e flexível, que faz a tradução, em termos financeiros, para determinado período, dos planos e programas de trabalho, com

ajustes nos ritmos de execução, fluxo de recursos que são previstos, entre outros, com o intuito de assegurar à contínua e oportuna liberação de recursos.

A Constituição Federal dispõe sobre os orçamentos em seu artigo 165: “Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I - o plano plurianual; II - as diretrizes orçamentárias e III - os orçamentos anuais.”

De acordo com Bezerra Filho (1998, p. 23) a elaboração de uma proposta orçamentária é processada em vários passos que vão desde a proposição orçamentária inicial até a aprovação do orçamento.

No que diz respeito à receita, implica nas operações de ingresso de recursos financeiros nos cofres públicos, isto é, todo recebimento em bens ou dinheiro que, em vista de disposição legal, o Estado tenha a receber.

O Manual de Contabilidade Aplicada o Setor Público (2012, p. 25), assim dispõe:

Em sentido amplo, os ingressos de recursos financeiros nos cofres do Estado denominam-se Receitas Públicas, registradas como Receitas Orçamentárias, quando representam disponibilidades de recursos financeiros para o erário, ou Ingressos Extraorçamentários, quando representam apenas entradas compensatórias.

No que se refere à Receita a Lei 4.320/64, no seu artigo 9º preceitua:

#### Da Receita

Art. 9º- Tributo e a receita derivada instituída pelas entidades de direito público, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições nos termos da constituição e das leis vigentes em matéria financeira, destinando-se o seu produto ao custeio de atividades gerais ou específicas exercidas por essas entidades.

Ainda de acordo com a lei nº 4320/64 no seu artigo 11, as receitas classificam-se de acordo com categorias econômicas como Receitas Correntes e Receitas de Capital.

Já a despesa pública, representa os recursos usados pelo Governo a fim de que possa atender sua função de propiciar o bem comum da coletividade. Diz respeito ao desembolso de certo valor, em moeda corrente (saída), pela autoridade responsável (agente), dentro de determinada autorização legislativa (lei orçamentária, lei autorizativa de créditos adicionais), a fim de que se possa atender aos objetivos do governo (político-social).

A despesa pública é definida (LINO, 2004, p. 125) como “[...] todos os desembolsos efetuados pelo Estado no atendimento dos serviços e encargos assumidos no interesse geral da comunidade, nos termos da Constituição, das leis, ou em decorrência de contratos ou outros instrumentos.”

Segundo Mota (2009, p. 123) a despesa pública consiste na realização de gastos, isto é, na aplicação de recursos financeiros de forma direta (em benefício próprio) na aquisição de

meios (bens e serviços) que possibilitem a manutenção, o funcionamento e a expansão dos serviços públicos, ou de forma indireta (quando da realização de transferências a terceiros). Essa aquisição dar-se-á com pagamento imediato (quando da execução da despesa à vista) ou a *posteriori*, implicando na assunção de compromissos.

As despesas classificam-se de acordo com suas categorias econômicas em: Despesas Correntes, que são despesas de custeio e transferências correntes e Despesas de Capital que são investimentos, inversões financeiras e transferências de capital. (Art. 12, Lei 4.320/64)

### **3 A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000.**

Ter garantidas fontes fixas para financiamento público na área da saúde sempre foi o grande desejo desse setor em nosso país. A partir da constituição de 1988, com a disposição do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias tem-se que “[...] até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde.” (BRASIL, 1988).

No entanto, a partir de 1993, uma vez que os gastos com a previdência aumentaram muito e o dinheiro arrecadado pelo INSS – Instituto Nacional do Seguro Social deixou de ser repassado ao Ministério da Saúde e passou a pertencer exclusivamente à Previdência. Em consequência disso, a Saúde acabou perdendo sua mais importante origem de recurso para suas despesas, e passou a ter que disputar sua participação na receita com outras áreas buscando fonte de recursos como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (CONFINS) e Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL).

No final de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 que vincula recursos fiscais para saúde, numa busca de garantir um financiamento mínimo para o SUS. Essa emenda introduz uma inovação, pois define o quanto das receitas resultantes de imposto e transferências constitucionais dos Estados e Municípios devem ser destinados para a área da saúde.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000) faz o estabelecimento de uma participação orçamentária mínima obrigatória para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, para que se financie a saúde pública. Para tanto, o texto constitucional impõe um percentual fixo para municípios, a partir de 2004, de no mínimo 15% sobre o produto da arrecadação dos impostos municipais (art.156 da Constituição Federal) e dos recursos que se



transferem através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e da parcela do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que é transferida pela União aos Estados (arts.158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º).

Municípios que fizerem a aplicação de recursos abaixo do mínimo estabelecido poderão sofrer sanções, como por exemplo, ajustes compensatórios progressivos (ao longo de cinco anos), suspensão de repasses federais e intervenção do Estado. Além desses fatores, as autoridades municipais responsáveis por este controle poderão ser alvo de processos que façam com que se tornem inelegíveis.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 fez a ampliação dos recursos para a saúde pública e deu-lhes previsibilidade, fazendo com que seja possível haver um planejamento, que antes não poderia por conta das oscilações bruscas nos orçamentos, em comparação de um ano para outro.

Outro fato importante se deu com o art. 3º da EC nº 29/00, que põe fim à concepção que o Supremo Tribunal Federal tinha desde 1996, por entender que a progressividade do IPTU era inconstitucional, justificando-se que havia a necessidade de existência de uma Lei Federal. Entretanto com a EC nº 29/00, a situação mudou, a progressividade do IPTU que passou a ser um instrumento poderoso para ampliar as receitas dos Municípios, através da elevação dos pagamentos para a população de maior renda.

Com a aprovação desta Emenda, a responsabilidade tripartite sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde passou a integrar o texto Constitucional. Tal Emenda não só fez o estabelecimento da corresponsabilidade da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal pela destinação de recursos ao SUS, mas também fez a instituição de percentuais mínimos de aplicação em saúde.

A gestão dos recursos financeiros da saúde pública é feita, em vista de uma determinação legal, através dos Fundos de Saúde, que estão presentes nas três esferas de poder e que são colocados ao lado dos Conselhos, Planos de Saúde e Relatórios de Gestão, como ferramentas fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os recursos municipais, estaduais ou federais alocados na saúde no município precisam ser administrados pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS).

A pluralidade do sistema de saúde no Brasil, sem contar sua fragmentação, leva à necessidade de se pensar em formas de organizar o cuidado com a saúde e com suas origens de financiamento. Fica evidente essa pluralidade quando se apresentam as quatro formas que o brasileiro se depara para ter acesso aos serviços de saúde:

- Sistema Único de Saúde: sistema de acesso universal, sem custo nenhum e que conta com o financiamento do governo, ou seja, com recursos públicos;
- Segmento de Planos e Seguros Privados de Saúde: tem sua adesão facultativa e seu pagamento é realizado com o orçamento da família e/ou dos empregadores;
- Segmento de Atenção aos Servidores Públicos, Civis e Militares: a utilização desse segmento é restrito a pessoas dentro dessas qualidades, conhecido como sistema de “clientela fechada” é financiado com orçamento público, além das contribuições de servidores.
- Segmento de Provedores Privados Autônomos de Saúde: o acesso a esse segmento é direto, e seu pagamento é feito no momento do atendimento.

De certo modo o financiamento com o orçamento público se alonga em todos esses sistemas apresentados. Alguns de maneira mais direcionada e dominante, outros, como os segmentos privados, mais indiretamente, através de descontos na declaração do Imposto de Renda pelo próprio contribuinte das despesas relacionadas à área da saúde.

Após mais de onze anos da promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000, no dia 13 de janeiro de 2012 a referida emenda foi regulamentada através da Lei Complementar nº 141. No texto da citada Lei foi mantido os percentuais anteriormente definidos na EC 29 e ainda foram definidos os gastos que serão considerados como despesa com ações e serviços públicos de saúde que são:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (LC 141, Art. 3º)

A Lei complementar 141, também definiu os gastos que não servirão para fins de apuração das despesas com ações e serviços públicos de saúde, conforme preceitua seu Art. 4º:

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII - ações de assistência social;
- IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Com a finalidade de acompanhar a aplicação dos recursos destinados à manutenção dos serviços com a saúde pelos entes federados, o Governo Federal através do Ministério da Saúde criou o SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

O SIOPS foi introduzido em 1993 para controlar o orçamento do Ministério da Saúde. O portal da saúde do Governo Federal esclarece:

A implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/Siops teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos n. 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS. (SIOPS, 2012)

Ainda conforme o site portal da saúde, entre os objetivos do SIOPS estão:

subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação dos gastos públicos de saúde; fortalecer o controle social; dar visibilidade às informações sobre o financiamento e gastos em saúde; proporcionar a padronização das informações contábeis; dimensionar a participação da União, estados e municípios no financiamento da saúde pública.(SIOPS, 2012)

Reconhecido como um instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos e saúde pela Portaria 2.047/2002, o SIOPS apresentará as seguintes características:

- I - preenchimento obrigatório pelos Estados, Municípios e Distrito Federal;
- II - caráter declaratório;
- III - processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;
- IV - disponibilidade do programa de declaração no portal eletrônico do Ministério da Saúde ou em disquetes, nos escritórios regionais do Departamento de Informática do SUS - DATASUS;
- V - publicidade das informações declaradas e dos indicadores calculados no portal eletrônico do Ministério da Saúde;
- VI - realização de cálculo automático dos percentuais mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, previstos no art. 77 do ADCT, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria; e
- VII - presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados no SIOPS com os demonstrativos contábeis publicados pelos Entes Federados. (Art. 9º, § 1º)

De acordo com o portal da saúde do Governo Federal o SIOPS disponibiliza informações tais como:

- Participação da receita de impostos na receita total do Município;
- Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município;
- Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município;
- Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município;
- Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município;
- Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município;
- Para Fins de Cálculo do Percentual da EC-29;
- Despesa total com Saúde, em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante;
- Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde; participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde; participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde;
- Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde; Atenção Básica; Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Alimentação e Nutrição;
- Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde; e
- Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.

A fim de dar mais credibilidade e ênfase ao SIOPS a Lei Complementar 141/2012, prevê que o SIOPS será o órgão centralizador e gerador de Relatório Resumido da Execução Orçamentária referente à saúde (RREO) a partir de 2013.

#### **4 ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA.**

O Município de Boa Vista surgiu no fim do século XVII, quando Teodósio de Oliveira Lêdo fundou o sítio Santa Rosa. Fica a cerca 50 km da cidade de Campina Grande e a 170 km de João Pessoa – capital do estado, conta com uma área territorial e 476,539 km<sup>2</sup>. Está localizado na mesorregião do agreste paraibano e faz limite com as cidades de Campina Grande ao leste; Gurjão e São João do Cariri a oeste ao norte limita-se com Soledade e Pocinhos e ao sul com as cidades de Cabaceiras e Boqueirão.

A população do município no ano de 2010 era de 6.227 habitante, distribuída conforme quadro abaixo.

**QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO E POR SITUAÇÃO DE DOMICILIO.**

<b>Total de homens</b>	<b>Total de mulheres</b>	<b>Total da população urbana</b>	<b>Total da população rural</b>
3.085	3.142	3.208	3.019

Fonte: IBGE, censo demográfico 2010.

Ainda de acordo com o IBGE (2009) o PIB do município é de R\$ 65.828 milhões e o PIB per capita é R\$ 11.142,20.

Sua emancipação política se deu a partir da Lei estadual n 5.884 de 29 de abril de 1994. A predominância na economia boavistense sempre foi a agricultura de subsistência, e a pecuária leiteira. No entanto, a exploração do minério bentonita em jazidas encontradas no território de Boa Vista, conseguiram alavancar o desenvolvimento industrial do município, que atualmente conta com quatro indústrias de beneficiamento deste minério: BENTONISA S/A, BENTONIT UNIÃO LTDA, DRESCON S/A e a NERCON, sendo elas grandes propulsoras do desenvolvimento local.

O município tem uma estrutura administrativa formada por seis secretarias, além do Instituto de Previdência Própria - FUSEM e o Fundo Municipal de Saúde. Para o exercício 2012 de acordo com a Lei Municipal nº 402 de 27/12/2011, foi previsto um orçamento global

no valor de R\$ 22.231.715,00; desse montante foi destinado à área de saúde R\$ 4.100.546,00 o que equivale a 18,44% do total do orçamento vigente.

Na área de saúde o município está habilitado junto ao Fundo Nacional de Saúde nos blocos de Atenção Básica; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e de Investimento.

**Bloco de Atenção Básica** – é um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias, inclui os componentes do piso de atenção básica fixo e os do piso de atenção variável, que estão distribuídos com os seguintes programas:

Piso de Atenção Básica Fixo (PAB FIXO) - consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal.

Agentes Comunitários de Saúde - Este programa é considerado como parte do Programa Saúde da Família, é formado por Agentes Comunitários de Saúde acompanhados e orientados por um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde. Eles juntamente com as equipes de Saúde da Família, visitam domicílios realizando atividades diversas de cadastramento no Sistema de Atenção Básica e ações coletivas.

Saúde Bucal – Este programa em parceria com incentivos do Governo Federal é uma área de ação estratégica básica, focada na prevenção, com as responsabilidades e ações de prevenção e tratamento de problemas odontológicos na população de 0 a 14 anos e gestantes, cadastramento de usuários, atendimento a urgências odontológicas.

Saúde da Família – Este programa é a principal estratégia de organização da atenção básica. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 04 agentes de saúde, que são responsáveis pelo atendimento de determinada comunidade, onde se faz um estudo por área no município onde a população é mais carente. O Programa de Saúde da Família fortalece as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

Compensação de Especificidades Regionais - é um montante financeiro que de acordo com a Portaria 571/2011, art. 2º, é definido pelo “[...] percentual do valor mínimo per capita do Piso de Atenção Básica Fixo multiplicado pela estimativa da população de cada Estado e do Distrito Federal” - no caso do estado da Paraíba esse percentual corresponde a 9% - para que as CIBs- Comissões Intergestores Bipartite definam a utilização do recurso de acordo

com as especificidades locais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH e indicadores de resultados.

**O Bloco de Vigilância em Saúde** – Os recursos deste bloco são destinados à prevenção da saúde da população no âmbito da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental em saúde e ainda o combate ao *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor da dengue, a malária e outras doenças transmitidas por vetores; a prevenção e controle de doenças, como o sarampo, gripe e rotavírus; o controle de zoonoses e na vigilância de doenças emergentes, no combate à tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e Aids.

**O Bloco de Assistência Farmacêutica** – É constituído de três componentes (Assistência Farmacêutica Básica; Assistência Farmacêutica Estratégica; e o componente Especializado da Assistência Farmacêutica). Este programa garante aos Municípios a oferta de medicamento de uso mais comum, é financiado pelo Governo Federal e com contrapartida dos Governos Estaduais e Municipais. Estes recursos são calculados por um valor per capita, onde a União entra com R\$ 1,00 por hab./ano e o Estado e o Município com R\$ 0,50 respectivamente para financiamento deste programa. O município mantém uma farmácia básica a fim de fazer a distribuição dessas medicações.

**Bloco de Investimento** – Seus recursos são destinados à construção de Unidades Básica de Saúde e de Pronto Atendimento e também financia a aquisição de equipamento e material permanente para atendimento aos programas de atenção básica e assistência ambulatorial e hospitalar.

Durante o período de 2007 a 2011 o município recebeu recursos do SUS, de acordo com os blocos anteriormente especificados, como detalha o quadro abaixo.

**QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO POR BLOCOS DOS RECURSOS REPASSADOS PELO SUS**

<b>BLOCOS</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Atenção Básica	420.440,332	461.500,91	530.904,72	547.042,32	594.911,24
Vigilância em Saúde	18.058,50	22.369,87	21.510,20	23.902,65	23.759,64
Assistência Farmacêutica	10.461,96	23.259,36	23.250,36	30.130,80	30.130,80
Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	22.000,00
<b>Totais anuais</b>	<b>450.967,792</b>	<b>509.138,14</b>	<b>577.674,28</b>	<b>603.085,77</b>	<b>672.812,68</b>

Fonte: Adaptado FNS – Fundo Nacional de Saúde

Diante do exposto e a fim de que se possa fazer uma análise dos gastos com a saúde pública no município de Boa Vista (PB), no período de 2007 a 2011, de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000, seguem as tabelas:

**TABELA 1 - RECEITAS VINCULÁVEIS E DESPESAS COM SAÚDE**

RECEITAS	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Receita de Impostos</b>	<b>179.841,85</b>	<b>168.035,16</b>	<b>155.872,29</b>	<b>193.691,60</b>	<b>209.914,03</b>
ITR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IPTU	17.203,90	16.334,51	21.193,30	22.078,29	22.603,40
IRRF	58.681,35	69.913,79	79.460,17	71.564,98	84.928,84
ITBI	5.804,40	816,00	840,00	3.701,58	10.084,89
ISS	98.152,20	80.970,86	54.378,82	96.346,75	92.296,90
<b>Receitas de Transferências - União</b>	<b>3.811.806,08</b>	<b>4.566.119,45</b>	<b>4.374.977,81</b>	<b>4.699.882,08</b>	<b>5.764.772,99</b>
Cota-Parte FPM	3.793.057,26	4.553.152,02	4.362.188,81	4.682.739,99	5.747.758,90
Cota - Parte ITR	8.476,82	2.394,24	46.128,61	7.106,13	8.177,89
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir	10.272,00	10.573,19	8.901,19	10.035,96	8.836,20
<b>Receitas de Transferências - Estado</b>	<b>3.128.069,24</b>	<b>3.757.632,38</b>	<b>4.035.694,97</b>	<b>4.726.050,32</b>	<b>4.480.539,60</b>
Cota - Parte do ICMS (100%)	3.075.875,91	3.702.649,96	3.980.665,17	4.668.479,72	4.412.066,90
Cota - Parte do IPVA	39.501,77	41.143,14	46.128,61	48.490,35	59.948,71
Cota - Parte do IPI - Exportação (100%)	12.691,56	13.839,28	8.901,19	9.080,25	8.523,99
<b>Outras Receitas Correntes</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Multas e Juros de Mora de Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dívida Ativa dos Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>(A) Total da Receita</b>	<b>7.119.717,17</b>	<b>8.491.786,99</b>	<b>8.566.545,07</b>	<b>9.619.624,00</b>	<b>10.455.226,62</b>
<b>DESPESAS COM SAÚDE</b>					
<b>1. Total da Despesa com Saúde</b>	<b>1.708.804,45</b>	<b>2.182.035,16</b>	<b>2.069.818,07</b>	<b>2.292.972,04</b>	<b>2.628.356,71</b>
<i>Despesas Correntes</i>	<i>1.675.006,97</i>	<i>2.154.462,66</i>	<i>2.005.807,67</i>	<i>2.215.146,90</i>	<i>2.582.619,71</i>
Pessoal e Encargos Sociais	1.086.737,57	1.273.807,32	1.355.753,70	1.521.753,37	1.748.011,03
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	588.269,40	880.655,34	650.053,97	693.393,53	834.608,68
<i>Despesas de Capital</i>	<i>33.797,48</i>	<i>27.572,50</i>	<i>64.010,40</i>	<i>81.825,14</i>	<i>45.737,00</i>
Investimentos	33.797,48	27.572,50	64.010,40	81.825,14	45.737,00
<b>2. Restos a Pagar com disponibilidade financeira</b>	<b>5.945,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>3. (-) Cancelamento de Restos a Pagar inscritos ou sem disponibilidade financeira</b>	<b>45,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.261,86</b>	<b>8.388,08</b>	<b>0,00</b>
<b>4. (-) Despesa custeada com outros recursos destinados a saúde.</b>	<b>367.095,85</b>	<b>531.220,73</b>	<b>778.675,23</b>	<b>658.359,22</b>	<b>526.483,14</b>
(-) Recursos de Transferências do SUS	367.095,85	531.220,73	595.462,82	658.359,22	526.483,14
(-) Transferência Estadual - Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Outros Recursos	0,00	0,00	183.212,41	0,00	0,00
<b>(B) Total da Despesa com Saúde Recursos Próprios (1+2-3-4)</b>	<b>1.347.609,44</b>	<b>1.650.814,43</b>	<b>1.288.880,98</b>	<b>1.630.224,74</b>	<b>2.101.873,57</b>
<b>Mínimo a Aplicar em Saúde (Ax15%)</b>	<b>1.067.957,57</b>	<b>1.273.768,04</b>	<b>1.284.981,76</b>	<b>1.442.943,60</b>	<b>1.568.283,99</b>
<b>Percentual Aplicado em Saúde (B/A*100)</b>	<b>18,93</b>	<b>19,44</b>	<b>15,05</b>	<b>16,95</b>	<b>20,10</b>

Fonte: SIOPS 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

Tomando por base os dados acima apresentados, passa-se a traçar um breve comparativo da evolução das despesas e receitas do município no período em análise.

**QUADRO 3 – EVOLUÇÃO DAS RECEITAS VINCULÁVEIS.**

2007 – 2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
19,27%	0,88%	12,29%	8,69%

De acordo com quadro a acima a receita no primeiro intervalo 2007-2008 tem um crescimento considerável, no entanto nos anos de 2008 - 2009 esse crescimento foi pouco



expressivo não atingindo 1%, no período seguinte acontece uma recuperação na arrecadação que traz um aumento de 12,29%, já no último intervalo ocorre um crescimento, porém não na mesma proporção de 2009 – 2010.

#### QUADRO 4 – EVOLUÇÃO DO TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE.

2007 – 2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
27,69%	-5,14%	10,78%	14,63%

Nas despesas observa-se que o período 2007 – 2008 – assim como ocorreu com as receitas – apresenta a maior evolução do período analisado, nos anos 2008 – 2009 houve uma brusca diminuição nos valores aplicados com saúde, não chegando a alcançar os valores aplicados no período anterior, nos períodos seguintes acontece uma recuperação e uma elevação nos valores aplicados.

#### TABELA 2 - INDICADORES MUNICIPAIS – BOA VISTA - PB

INDICADORES	2007	2008	2009	2010	2011
Participação da receita de impostos na receita total do Município	2,30 %	1,76 %	1,43 %	1,53 %	1,46 %
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	111,46 %	97,28 %	87,99 %	84,04 %	84,15 %
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	5,78 %	5,71 %	5,88 %	5,10 %	5,34 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	11,17 %	11,49 %	11,95 %	10,48 %	10,50 %
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	91,01 %	88,93 %	78,48 %	75,91 %	72,91 %
Para Fins de Cálculo do Percentual da EC-29	-	88,93 %	78,48 %	75,91 %	72,91 %
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 301,22	R\$ 374,53	R\$ 350,34	R\$ 388,86	R\$ 418,35
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	63,33 %	58,38 %	65,50 %	66,25 %	66,66 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	8,24 %	10,07 %	5,88 %	5,00 %	9,33 %
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	9,49 %	8,75 %	7,89 %	7,83 %	6,07 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	1,98 %	1,26 %	3,09 %	3,56 %	1,73 %
SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
SUBFUNÇÕES VINCULADAS	-	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Atenção Básica	-	87,77 %	28,77 %	88,95 %	89,72 %
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	-	1,26 %	62,38 %	1,38 %	1,74 %
Suporte Profilático e Terapêutico	-	10,37 %	8,13 %	8,92 %	7,85 %
Vigilância Sanitária	-	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
Vigilância Epidemiológica	-	0,59 %	0,71 %	0,74 %	0,69 %
Alimentação e Nutrição	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	25,80 %	24,35 %	28,13 %	25,19 %	25,84 %
<b>Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000</b>	<b>18,93 %</b>	<b>19,44 %</b>	<b>15,05 %</b>	<b>16,95 %</b>	<b>20,10 %</b>

Fonte: Adaptado SIOPS 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

Analisando os dados coletados nos indicadores municipais do SIOPS, observam-se alguns pontos, tais como:

As receitas próprias do município não tem papel representativo, uma vez que, no período em análise não chegou, em nenhum momento, a representar 3% da receita total. Em contrapartida as receitas do município são formadas quase na sua totalidade por ingressos de recursos financeiros advindos de outras esferas governamentais. Demonstrando o grande grau de dependência destes recursos para manutenção dos serviços públicos no município. Já as receitas provenientes do SUS representam em média 5,56% do total de transferências recebidas pelo município.

Nas despesas de saúde por habitante houve um crescimento de 2007 para 2008 na ordem de 24,33%, no ano de 2009 aconteceu uma pequena redução que representou 6,45%, voltando a apresentar crescimento de 10,99% no ano seguinte, o que se repetiu em 2011, com um aumento de 7,58%. As despesas com medicamentos se mantiveram na casa de 8 a 10% nos anos de 2007 e 2008, no entanto nos anos de 2009 e 2010 esses percentuais regrediram de forma acentuada chegando a 5% no ano de 2010, cenário que mudou em 2011 quando voltou a figurar na ordem de 9% do total das despesas com saúde.

Os valores mais representativos na despesa ficaram por conta das despesas com pessoal, que em todos os anos em análise comprometeu mais de cinquenta por cento dos recursos destinados a saúde. Já no que diz respeito a despesas com investimento, o percentual mais significativo foi o do ano de 2010 que representou 3,56% do total das despesas com saúde.

Por fim observa-se que o município cumpriu a aplicação mínima determinada pela EC 29 durante todo período em estudo, chegando a alcançar um percentual de 5% a mais do mínimo estabelecido no ano de 2011.

## **5 METODOLOGIA**

Para explicar a questão deste trabalho, quanto aos objetivos utilizou-se a pesquisa descritiva, que de acordo com Andrade (2002) “[...] preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles.”

A metodologia utilizada para desenvolvimento deste artigo foi à pesquisa bibliográfica, procurando explicitar o problema em tela a partir de referenciais teóricos já publicados acerca do assunto e analisar comparativamente os dados do SIOPS do município de Boa Vista (PB) dos exercícios de 2007 a 2011.

Concordando com os autores, Cervo e Bervian (1983, p. 55) que definem a pesquisa bibliográfica como a que:

explica um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Ambos os casos buscam conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre determinado assunto, tema ou problema.

A investigação se deu a luz dos dados contidos no SIOPS, observando o detalhamento das despesas, em seguida registrando e tabulando os dados obtidos, construindo-se tabelas, buscando identificar a base de cálculo das receitas para o cumprimento da E.C. nº 29/00.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O sistema público de saúde brasileiro sempre aspirou a colaboração garantida de meios estáveis que o financiassem. A fim de disponibilizar recursos mais estáveis de saúde e cobrar uma maior inclusão de esferas subnacionais para financiarem o SUS, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que vinculou recursos para o orçamento da União, aliados aos recursos dos estados e municípios, a serem despendidos com Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Observou-se que o município em foco, cumpriu em todo período estudado o percentual determinado pela EC 29. Os gastos se acumularam em maior vulto nas despesas com pessoal e encargos sociais, seguidos por despesas com medicamentos e serviços de terceiros. No entanto observou-se também que no que tange aos investimentos na área de saúde os valores utilizados foram ínfimos, conclui-se, deste modo, que a imposição de um percentual mínimo a ser utilizado pelo ente público não é suficiente para garantir uma prestação de serviço eficiente à população, fazendo-se necessário o monitoramento de como esses recursos estão sendo aplicados, a fim de não existir privilégios a algumas áreas em detrimento de outras, disparidades estas que causam óbices ao bom funcionamento dos serviços de saúde no nosso país.

Desta forma, o presente trabalho traz a questão ao meio acadêmico, com uma proposta de se criar maneiras de fazer com que o erário público seja utilizado de forma a trazer não apenas recursos mínimos para área de saúde, mas também meios eficientes na utilização desses recursos, a fim de que sejam atendidas as demanda da população de forma adequada.

## ABSTRACT

On September 13, 2000, in order to organize and improve conditions of public health in Brazil was approved Constitutional Amendment 29, establishing the linkage of resources in the three spheres of government, aiming to establish a more stable funding process within minimum limits imposed on federal agencies, as is the case of municipalities, which must apply at least 15% of the total own tax revenue and intergovernmental transfers in public health services. In this sense, this paper questions how the city of Boa Vista - PB is allocating resources for the specific legislation for health care? This study aims to make the main presentation and evaluation of public health expenditures in Boa Vista (PB), between the years 2007 to 2011. The methodology used was literature research and descriptive, seeking to explain the problem in question from theoretical frameworks already published on the subject and comparatively analyze the data provided by SIOPS - Information System on Public Health Budget for the years 2007 to 2011. At the end, it was concluded that despite the innovations implemented by the EC 29 in the improvement of health financing in our country, there is the need to create legal mechanisms to regulate how these resources should be allocated, avoiding gaps and overspending in some areas of health services.

**Keywords:** Healthcare expenditures. Financing. SUS.

## 7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil 1983.

BEZERRA FILHO, João Eudes. **Contabilidade Pública - Abordagem Teórica**. Material para Curso de Capacitação e Treinamento. Recife, 1998, p. 23.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº. 29**, de 13 de setembro de 2000. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em 23 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 23 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em 18 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.320**, de 17 de março de 1964. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L4320compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320compilado.htm)> Acesso em 11 de maio de 2012.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional: **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público**. 4. ed. Brasília, 2011, p. 25.

BOA VISTA (Município). **Lei N.º 402**, de 27 de dezembro de 2011. ESTIMA A RECEITA E FIXA A DESPESA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, PARA O EXERCÍCIO 2012 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Mensário Oficial do Município de Boa Vista, Estado da Paraíba. Ed. N.º 174, Boa Vista – PB, 31 de dezembro de 2011.

FNS – Fundo Nacional de Saúde. **Consulta de pagamentos**. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/>>. Acesso em 16 de maio de 2012.

LINO, Martins da Silva. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2004, p. 125.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34434&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34434&janela=1)>. Acesso em 20 de maio de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>>. Acesso em 14 de maio de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>>. Acesso em 20 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2.047**, de 05 de novembro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2047.htm>>. Acesso em 20 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria 547**, de 28 de março de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0571\\_28\\_03\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0571_28_03_2011.html)>. Acesso em 21 de maio de 2012.

MOTA, Francisco Glauber Lima. **Contabilidade Aplicada ao Setor Público**. De acordo com as NBCASP, 1ª Edição, 2009, 654 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Boa Vista - PB**, Produto Interno Bruto. Referência 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 16 de maio de 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cartografia, Área Territorial Oficial**. Referência 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.php?nome=BOA+VISTA&codigo=2502151&submit.x=33&submit.y=8>>. Acesso em: 16 de maio de 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Boa Vista - PB, Censo Demográfico**. Referência 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 16 de maio de 2012.