

FJPOS - 001859

MC 2606  
v. 01

Gabriel Braighi Dornas

BIBLIOTECA F.J.P.



\*70002606\*

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

PADRÃO DOS GASTOS COM A FUNÇÃO SAÚDE NAS MACRORREGIÕES  
SANITÁRIAS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

MC  
2606  
ex. 1

Belo Horizonte  
2008

Gabriel Braighi Dornas



PADRÃO DOS GASTOS COM A FUNÇÃO SAÚDE NAS MACRORREGIÕES  
SANITÁRIAS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Monografia apresentada na Escola de  
Governos Professor Paulo Neves de  
Carvalho como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em  
Administração Pública.  
Orientadora: Dra. Elisa Rocha.

Belo Horizonte

2008

## Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1	Problematização.....	6
<b>2</b>	<b>TRATAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>9</b>
2.1	Procedimentos de pesquisa e dados utilizados.....	10
<b>3</b>	<b>POLÍTICA DE SAÚDE: ASPECTOS GERAIS DA REGIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
3.1	O processo de regionalização da política de saúde.....	14
3.1.1	O processo de regionalização da política de saúde em Minas Gerais.....	19
3.1.1.1	O projeto Estruturador Regionalização da Assistência à Saúde.....	22
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA E PERFIL DOS GASTOS EM SAÚDE NAS MACRORREGIÕES SANITÁRIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....</b>	<b>27</b>
4.1	Gastos totais com a função saúde nas 13 macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais.....	27
4.2	Gastos per capita com a função saúde nas 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais.....	31
4.3	Perfil dos gastos desagregados pelas sete subfunções que compõem a função saúde.....	34
4.3.1	Atenção Básica.....	35
4.3.2	Assistência Hospitalar.....	36
4.3.3	Suporte Profilático.....	37
4.3.4	Vigilância Sanitária.....	38
4.3.5	Vigilância Epidemiológica.....	39
4.3.6	Alimentação e Nutrição.....	40
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>45</b>

6 REFERÊNCIAS.....47

ANEXOS.....49

## Resumo

O foco principal do presente trabalho são os gastos com a função saúde no Estado de Minas Gerais. O objetivo norteador desta monografia é analisar semelhanças e distinções existentes no padrão de gastos com saúde nas 13 Macrorregiões Sanitárias de Saúde do Estado de Minas Gerais. Para tal, foram utilizados, além de pesquisa bibliográfica e documental, base de dados secundária da execução orçamentária dos Estados e Municípios fornecida pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN. Conclui-se, ao final do trabalho, que existem diferenças no padrão dos gastos em saúde das macrorregiões, principalmente daquelas reconhecidamente mais carentes em relação às mais desenvolvidas. Apesar disso, as taxas de crescimento dos investimentos em saúde nas macrorregiões mais carentes são superiores às taxas de crescimento dos gastos em saúde das demais macrorregiões. Mantendo-se esta tendência, as diferenças sócio-econômicas macrorregionais poderão ser atenuadas.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o artigo (art.) 196 da Constituição Federal (CF) de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, após a promulgação da constituição de 1988 a saúde passa a ser tratada como direito universal e dever do Estado, juntamente com a assistência social e seguridade social. Mais do que isso, ela passou a ser considerada direito social garantido a “todos os cidadãos” segundo o art. 6º da CF.

As formas de financiamento do setor de saúde também foram determinadas pela Constituição, que em seu art. 195 estipula que “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, do Distrito Federal e dos Municípios”. Além de determinar que a manutenção da saúde deva ser feita através de “recursos provenientes dos orçamentos” dos três níveis federativos, a Constituição, através da Emenda Constitucional (EC) nº. 29/2000, assegurou os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Ao fixar os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por Estados e Municípios, a emenda obrigou a União a investir em saúde no ano de 2000 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos subsequentes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os Estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%, art. 7º EC nº29/200. Essa regra deveria ter vigorado até 2004, mas continua em vigor por falta de lei complementar que regulamente a questão.

A transição demográfica é apontada por Machado e Maia (2007) como um dos maiores desafios do sistema de saúde. Esse processo desenvolve-se de forma acelerada no Brasil, em comparação com os países desenvolvidos. O aumento da participação da população idosa, associado a novos perfis epidemiológicos, típico de países desenvolvidos, requer uma ampliação da necessidade de provisão de bens e serviços de saúde. Este fato tem efeitos tanto sobre custos, quanto sobre o perfil da demanda de serviços de saúde e torna fundamental que seja feito de forma adequada o planejamento das políticas de investimento e de alocação de recursos públicos no setor.

Em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), e visando uma aplicação mais adequada dos recursos financeiros destinados à saúde, o

governo de Minas Gerais no ano 2000 elaborou o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual passou por ajustes em 2003, no sentido de adequá-lo a princípios como economia de escala, acessibilidade viária e geográfica. O PDR insere-se no processo de melhoria dos gastos e serviços públicos, tendo como objetivo beneficiar maior número de pessoas com os serviços de saúde pública, sem que seja necessário aumentar drasticamente o aporte de recursos destinados à função saúde (MINAS GERAIS, 2008c).

O PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias de saúde e organiza os serviços conforme as necessidades de cada uma delas. Neste sentido, o PDR busca aperfeiçoar a alocação dos recursos financeiros no setor de saúde pública, de forma a atender um número maior de pessoas, sem gerar desperdícios (MINAS GERAIS, 2008c).

A idéia central do presente trabalho é analisar a trajetória e o padrão de gastos com saúde das 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais, considerando-se a regionalização estabelecida no âmbito do PDR.

A saúde é um direito universal constitucionalmente garantido, e assim, conhecer melhor a evolução e o padrão dos recursos financeiros governamentais aplicados nas macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais torna-se relevante para formuladores e gestores de políticas públicas de saúde, assim como para a população, uma vez que pode contribuir para maior transparência do gasto público e aumento do grau de controle social.

O objetivo desta monografia é analisar comparativamente o padrão de gastos com saúde nas 13 Macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais no período de 2005 a 2007, buscando-se inferir sobre eventuais semelhanças e distinções encontradas.

## 1.1 Problematização

Atualmente, é possível observar, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, uma crescente preocupação com a área de saúde pública. Dentre os principais fatores que justificam esta renovada preocupação, alguns deles dizem respeito a aspectos relacionados ao desenvolvimento humano e bem estar da população, e outros dizem respeito a questões relacionadas ao desenvolvimento sócio-econômico.

Uma vida saudável contribui diretamente para o bem-estar dos indivíduos, e como a saúde integra o capital humano ela tende a afetar a produtividade e a renda individual. Já do

ponto de vista da gestão pública dos serviços de saúde, por se tratar de um bem de natureza meritória, todo cidadão deve ter acesso a ele. Nesse sentido, políticas públicas de saúde têm grande importância para o desenvolvimento sócio-econômico de uma nação (MACHADO; MAIA, 2007).

O setor de saúde no Brasil corresponde, atualmente, segundo Machado e Maia (2007), por 7,6% do Produto Interno Bruto (PIB). Desse montante, cerca de 45% são gastos públicos, alocados entre os três níveis de governo. Os gastos totais realizados nos vinte e seis Estados da Federação somaram R\$136, 850 bilhões em 2005, R\$170, 732 bilhões em 2006 e R\$ 206, 897 bilhões em 2007, enquanto os gastos com a função saúde saltaram de R\$ 30,864 bilhões em 2005, para R\$ 37, 969 bilhões em 2006 e R\$ 45, 418 bilhões em 2007 (BRASIL, 2008a), indicando que em média, a saúde respondeu por mais de 20% dos gastos dos Estados brasileiros no período sob consideração, o que ilustra a significativa importância dos recursos alocados nas políticas públicas de saúde no contexto das políticas sociais do país.

Assim, embora o setor de saúde envolva expressivos montantes de recursos públicos, muitas são as dificuldades e as queixas recorrentes de seus usuários.

O estabelecimento da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – voltada para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) – no âmbito federal, bem como a implementação do PDR, pelo Estado de Minas Gerais, constituem iniciativas no sentido de ampliar o acesso aos serviços públicos de saúde e melhorar a qualidade do gasto público com a área de saúde (OLIVEIRA, 2008).

A implantação do PDR propicia o surgimento de um novo espaço de organização dos serviços assistenciais de saúde: o espaço meso-regional, composto de macrorregiões sanitárias, que se responsabilizam pela prestação de serviços de atenção terciária, isto é, serviço de alta complexidade (MENDES, 2005; OLIVEIRA, 2008).

Somente recentemente, entretanto, começam a surgir estudos e pesquisas de natureza acadêmica a respeito deste espaço meso-regional representado pelas macrorregiões sanitárias de saúde, e que no caso específico do Estado de Minas Gerais, correspondem a 13 macrorregiões.

Assim, acredita-se que seja relevante conhecer como estão sendo alocados os gastos nas macrorregiões sanitárias de saúde de Minas Gerais, objeto central desta monografia.

A idéia geral de se focar os gastos com a função saúde nos anos de 2005 - 2007 é identificar como os recursos estão sendo gastos, ou seja, é mapear tais gastos. Neste contexto, um dos principais questionamentos que norteiam a elaboração deste estudo pode ser retratado pela seguinte questão:

Qual o padrão dos gastos municipais em saúde das 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais e quais semelhanças e distinções existiriam entre eles?

Este trabalho encontra-se dividido em outras quatro seções. Na seção dois, apresenta-se o tratamento metodológico. Na seção seguinte, traça-se um panorama geral dos aspectos da regionalização da política de saúde no Brasil, enfatizando-se o caso do Estado de Minas Gerais. Na seção quatro, analisa-se o padrão dos gastos na função saúde e respectivas subfunções nas 13 macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais no período 2005 - 2007. As considerações finais acerca do trabalho são apresentadas na seção cinco.

## **2 TRATAMENTO METODOLÓGICO**

Segundo Gil (1991), quanto aos objetivos, uma pesquisa pode ser classificada como: exploratória, descritiva e explicativa.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Estas pesquisas são voltadas para o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Apresentam planejamentos flexíveis, de modo a proporcionar considerações dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Embora o planejamento da pesquisa exploratória seja bastante flexível, na maioria dos casos ela assume a forma de pesquisa bibliográfica, ou de estudo de caso.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais importantes está na utilização padronizada de técnicas de coleta de dados, tais como questionários e observação sistemática.

Dentre as pesquisas descritivas destacam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: faixa etária, sexo, escolaridade, estudo da saúde física e mental, etc. Outros exemplos são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade, etc. Incluem-se nesse grupo as pesquisas de opinião, atitudes e crenças de uma população, e pesquisas eleitorais que indicam a relação entre preferências político partidárias.

Algumas pesquisas descritivas vão além de simplesmente identificação da existência de relação entre variáveis, buscando entender a natureza dessa relação. Nesse caso tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Mas há pesquisas, que embora classificadas como descritivas, acabam servindo, sobretudo, para proporcionar uma nova visão do problema, o que se aproxima das pesquisas exploratórias. Esse tipo de pesquisa, juntamente com a exploratória, é realizada habitualmente por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

As pesquisas explicativas, por sua vez, têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. É importante ressaltar que o conhecimento científico assenta-se nos resultados oferecidos pelos estudos explicativos. Isso não significa, entretanto, que as pesquisas exploratórias e descritivas tenham menos valor, uma vez que elas, quase sempre, constituem etapa prévia indispensável para que se obtenham explicações científicas. Uma pesquisa explicativa pode ser continuação de outra exploratória ou descritiva, e de modo geral, pode-se dizer que os estudos exploratórios e descritivos não raro, correspondem a pesquisas preliminares que antecedem as pesquisas explicativas ou

experimentais. Tais pesquisas, nas ciências naturais, valem-se quase que exclusivamente do método experimental. Nas ciências sociais, a aplicação deste método reveste-se de muitas dificuldades, razão pela qual se recorre também a outros métodos.

Tendo em vista estas considerações, o presente trabalho pode ser classificado como uma pesquisa de natureza exploratória, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema estudado, com vistas a melhor conhecer o padrão de gastos públicos nas 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais.

## 2.1 Procedimentos de pesquisa e dados utilizados

Para elaboração deste trabalho os procedimentos de pesquisa utilizados envolveram o levantamento bibliográfico e documental, bem como a exploração de bases de dados secundários da Secretaria do Tesouro Nacional, mais especificamente a base de dados denominada Finbra.

As pesquisas bibliográficas são descritas por Gil (1991) como aquelas pesquisas desenvolvidas a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologia, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvida quase exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. O que diferencia uma da outra é a natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Enquanto na pesquisa bibliográfica as fontes são constituídas, sobretudo, por material impresso localizado nas bibliotecas, na pesquisa documental, as fontes são muito mais diversificadas e dispersas. Os documentos de primeira mão são conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas e que não receberam nenhum tratamento analítico. Em contrapartida são classificados como documentos de segunda mão aqueles

que, de alguma forma, já foram analisados, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, etc. (GIL, 1991).

No caso deste trabalho monográfico, a revisão bibliográfica foi feita com vistas a identificar material científico que ajudasse a entender as políticas de saúde nacional e mineira. A intenção foi traçar um panorama geral da política de saúde nacional e mineira, enfocando-se o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais.

A pesquisa documental foi fundamental no sentido de identificar documentos institucionais – principalmente aqueles elaborados no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde – leis e normas relativas à formulação, implementação e acompanhamento do PDR do Estado de Minas Gerais, além do Relatório Anual de Avaliação do Plano Plurianual de Ação Governamental, PPAG 2004-2007.

Para o levantamento dos dados secundários foi utilizada a base de dados Finbra, disponibilizada anualmente pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Esta base de dados permite o acesso aos dados contábeis relativos à execução orçamentária dos municípios brasileiros. O período de tempo sob consideração correspondeu aos anos de 2005, 2006 e 2007, que correspondem àqueles para os quais se tem desagregação dos gastos com a função saúde e respectivas subfunções, que correspondem ao foco da análise.

Segundo a Portaria nº. 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, entende-se como função, o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público. A referida portaria classifica como subfunção uma partição da função, visando agregar determinado conjunto de despesa do setor público (BRASIL, 2008b). De modo geral, entende-se como gasto com a função saúde, aqueles voltados para o conjunto de ações desenvolvidas no sentido de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (MINAS GERAIS, 1988).

As subfunções referentes à função saúde, e que serviram de base de análise para o presente trabalho, são descritas a seguir.

- a) Atenção básica: Compreende ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

- b) Assistência hospitalar e Ambulatorial: Compreende as ações relacionadas com a criação e manutenção de infra-estrutura para a prestação de serviços médicos através da rede hospitalar, dos ambulatórios e postos de saúde.
- c) Suporte profilático e terapêutico: Compreende as ações relacionadas com a produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral, com a finalidade de possibilitar sua comercialização a preços populares e o atendimento de programas assistenciais.
- d) Vigilância sanitária: Compreende as ações que visam à criação e a manutenção de infra-estrutura destinada ao desenvolvimento de atividades voltadas para a garantia de qualidade, da eficácia e da segurança dos produtos de interesse para a saúde (drogas, medicamentos, alimentos, cosméticos, entre outro).
- e) Vigilância epidemiológica: Compreende as ações pertinentes à criação e manutenção da infra-estrutura destinada ao desenvolvimento de atividades de prevenção e combate às doenças transmissíveis, quer sejam aquelas preveníveis por vacinação, quer sejam outras de caráter endêmico, que exijam o tratamento de indivíduos e controle do meio ambiente, assim como o estabelecimento de medidas de vigilância epidemiológica.
- f) Alimentação e nutrição: Compreende as ações que visam promover a melhoria de padrão alimentar da população de uma maneira geral, através de campanhas educativas, ou mesmo da distribuição de alimentos (BRASIL, 2008B; MINAS GERAIS, 1998).

Segundo a Portaria nº. 42 “as subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas”, dependendo de qual ação as mesmas estiverem ligadas. Uma ação de gestão do SUS deverá ser classificada dentro da função saúde, mas em uma subfunção outra que não necessariamente pertença à função saúde. Da mesma maneira uma ação de alimentação escolar deverá ser classificada dentro da função educação, mas na subfunção Alimentação e nutrição – pertencente à subfunção saúde.

Feita essas considerações, pode-se afirmar que em um primeiro momento foi realizado levantamento bibliográfico e documental para comparar as estratégias do governo mineiro na busca de alinhar a política de regionalização da saúde do Estado de Minas Gerais, com as exigências do plano federal.

Os municípios que embora integrantes de uma Macrorregião e para os quais a STN não disponibilizou dados de despesas com a função saúde e respectivas subfunções em um dos três anos estudados não foram considerados para efeitos de análise. Ou seja, buscou-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integraram a amostra, uma vez que a série de três anos não é tão longa quanto seria desejável para se extrair tendências. A tabela 1 apresenta as 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais, com o número correspondente de municípios analisados nesta monografia.

Assim, dentre os 853 municípios existentes no Estado de Minas Gerais, considera-se para efeitos dessa monografia, o total de 790 municípios que compõem as macrorregiões. A relação dos municípios selecionados e não selecionados para análise, assim como a divisão em Macrorregiões e Microrregiões sanitárias de Saúde encontra-se no Anexo A.

Tabela 1: Número de municípios analisados por Macrorregião Sanitária de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Número de municípios presentes na análise
Jequitinhonha	21
Triângulo do Sul	26
Triângulo do Norte	29
Noroeste	30
Leste do Sul	46
Centro Sul	47
Oeste	55
Nordeste	56
Leste	76
Norte de Minas	81
Sudeste	85
Centro	94
Sul	144
Total	790

Fonte: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

### 3 POLÍTICA DE SAÚDE: ASPECTOS GERAIS DA REGIONALIZAÇÃO

A construção do sistema de saúde brasileiro antecede a promulgação da constituição Federal de 1988 e tem como origem a crise do modelo médico assistencial privatista presente no contexto nacional até o início da década de 80. O pilar das mudanças foi o

movimento sanitário criado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com grupos políticos descontentes com o desenho das políticas públicas de saúde da época. Estudos realizados em meados da década de 80 embasaram-se em tópicos como instituição de um Sistema Único de Saúde, saúde direito à cidadania e dever do Estado, universalidade e integralidade, descentralização e participação da comunidade para a realização da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2006a).

O ambiente constitucional teve forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na Saúde houve, naquele momento, uma clara preferência pela municipalização (BRASIL, 2006a).

### 3.1 O processo de regionalização da política de saúde

O processo de regionalização da política de saúde guarda forte associação com o processo de descentralização e redemocratização vivenciado pelo Brasil desde a constituição de 1988. A nova constituição, ao promover a descentralização política e administrativa das unidades de governo, elevou os municípios ao status de entes gestores da federação, com poderes similares aos de Estados e da União.

Para auxiliar nesse processo foi introduzida em 1993, e aprimorada nos anos de 1996, 2001 e 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que lançou as diretrizes para organização do Sistema Único de Saúde, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e da busca de maior equidade (Brasil, 2006b).

O objetivo principal é garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços necessários para resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. A regionalização deve vir acompanhada de um compartilhamento comum entre os entes federados dos recursos públicos destinados à saúde. Há grande necessidade de coordenação e cooperação entre as partes envolvidas nesse processo, por isso torna-se necessário a criação de uma rede integrada de negociação e pactuação entre as três esferas de governo (Brasil, 2006b).

Nesse contexto assume relevância as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e Comissões Intergestores Tripartites (CITs), compreendidas como grupos de negociação entre gestores estaduais e municipais (CIB's) e entre gestores federais, estaduais e municipais (CIT's), já que são instrumentos importantes no processo de descentralização e pactuação das responsabilidades de cada esfera governamental. Tal importância é ilustrada pelo trecho a seguir:

A instituição da **Comissão Intergestores Tripartite** retirou do governo federal a possibilidade de estabelecer exclusiva e unilateralmente as regras do jogo no SUS, no que afeta os entes subnacionais. Por meio desse mecanismo de cooperação federalista, Estado e municípios podem atuar como freios e contrapesos, uma característica dos federalismos, e co-participar na formulação e controle das políticas de saúde. O mesmo é válido para as **Comissões Intergestores Bipartites** (CIBs) nas relações entre Estados e municípios. (Brasil, 2006a, p.110)

Outro ponto importante a cerca do processo de regionalização da política de saúde é a necessidade de descentralização sem perder de vista, entretanto, a integração nacional. Se os processos de descentralização não são acompanhados de estratégias de coordenação e cooperação solidária, eles podem aumentar as desigualdades regionais e fragmentar os recursos existentes. A definição das competências das três esferas de governo, porém, não é suficiente para o sucesso do processo de regionalização. Há que se investir na qualificação da gestão e na conscientização dos governos locais de seus papéis na definição e execução das ações (Brasil, 2006b).

Realizados estes mecanismos, a probabilidade de sucesso torna-se maior em função de uma maior interação de ações entre os envolvidos no processo. Esse sucesso poderá ser mensurado através dos ganhos de escala na execução das ações e serviços de saúde que demandam maior número de usuários, na prevenção e promoção da saúde e na ampliação do acesso a um número maior de usuários (Brasil, 2006b).

O processo de regionalização da saúde encontra-se ancorado no art. 198 da CF que descreve os serviços de saúde integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, através de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A lei 8.080/90 reafirma os preceitos descritos pela CF e aponta que as direções municipais do SUS devem participar do planejamento, programação e organização do sistema em conjunto com as secretarias estaduais. Por sua vez, as Normas Operacionais da Assistência a Saúde / SUS (NOAS/SUS) têm buscado, ao longo dos anos, fornecer os subsídios necessários à implementação da regionalização (Brasil, 2006b).

Pode-se apontar 6 pressupostos da regionalização, os quais são sintetizados a seguir:

- Territorialização: se traduz na apropriação dos espaços locais e das relações da população com seu meio;
- Flexibilidade: diz respeito à diversidade e ao reconhecimento das melhores conformações para as regiões de saúde;
- Cooperação: ação conjunta entre as esferas de governo, gestores e equipes técnicas;
- Co-gestão: colegiados de gestão regional, que podem ser traduzidos como articulação e pactuação;
- Financiamento solidário: definição de recursos financeiros e a redução das desigualdades de oferta de serviços existentes nas regiões de saúde;
- Subsidiariedade: aproximar o cidadão com o reconhecimento do nível local de suas responsabilidades, pactuação, sem repassá-las à esfera subsequente quando tal medida não for desejável.

Resumidamente, pode-se salientar que essas normas descrevem a regionalização como um processo de redes regionais de saúde para equidade na alocação de recursos e acesso dos beneficiários e a concepção de microrregiões e macrorregiões sanitárias de saúde que devem ser expressas no PDR de cada Estado (Brasil, 2006b).

Região é um espaço constituído por um conjunto de municípios circunvizinhos que historicamente estão vinculados com fluxos de internações hospitalares e alguns grupos de diagnóstico e terapias ambulatoriais. Pode ser um município, que por seu potencial sócio-econômico, densidade demográfica e por seus equipamentos urbanos e de saúde, exerce força de atração sobre os demais municípios, na forma de prestação de serviços que requerem maior densidade tecnológica ou maior escala. Para o setor saúde considera-se, ainda, que regiões, além de bases territoriais são bases populacionais e de planejamento e que agregam sentimentos de pertencimento e de identidade. Espera-se, pois que a população envolvida no processo, juntamente com os gestores desenvolvam um contínuo processo de discussão das necessidades de saúde desse espaço e a busca de complementação e cooperação para solucionar problemas comuns (MINAS GERAIS, 2008c).

Os Pólos dão cobertura de âmbito microrregional ou macrorregional para elencos de procedimentos descritos como esperados por nível de atenção. Pólo é o que exerce força de atração sobre outros, no caso, por sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados. Nas áreas da saúde, os pólos, apresentam capacidade histórica, atual e potencial de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por serviços médico-assistenciais que, embora raros, requerem maior incorporação de tecnologia e que, portanto, requerem maior escala para garantir sua oferta com economia e qualidade (MINAS GERAIS, 2008c).

Município Pólo Microrregional é aquele que registra maior ocorrência dos serviços ambulatoriais esperados para o nível de atenção secundário e de internações, decorrentes do fluxo de demanda oriunda da maioria dos outros municípios da mesma Microrregião. Apresenta oferta da maioria dos serviços que caracterizam o elenco ou perfil microrregional ambulatorial e hospitalar e, especialmente, concentra oferta de serviços que requerem agregação de tecnologia e, portanto, escala até 150 000 habitantes. Assim, no município pólo microrregional ocorre, além dos serviços da atenção primária, a oferta concentrada e organizada de serviços para o nível secundário de atenção à saúde. Há um elenco de especialidades/procedimentos indicados ou esperados para as microrregiões que apresentam escala. Para as microrregionais de pequeno porte há um elenco mínimo desejado das mesmas (MINAS GERAIS, 2008c).

Por sua vez, município pólo macrorregional é aquele que registra maior ocorrência de serviços ambulatoriais e hospitalares, decorrentes de fluxos registrados em séries históricas, com demanda originada da maioria das microrregiões circunvizinhas. Assim, um pólo macrorregional certamente acumula a função de pólo microrregional, além de sua responsabilidade, enquanto município, pela atenção primária (MINAS GERAIS, 2008c).

Pólos microrregionais exercem força de atração para demanda por serviços do nível da atenção secundária, ofertando alguns poucos procedimentos de alta complexidade tecnológica, mas que são de grande demanda, que necessitam maior proximidade do usuário. Pólos macrorregionais exercem força de atração para alguns serviços com oferta de procedimentos de média complexidade cuja demanda é rara e que exigem grande especialidade de diagnósticos e, ainda, predominantemente, força de atração para a maioria dos procedimentos de alta complexidade (MINAS GERAIS, 2008c).

Pode-se afirmar que o objetivo do processo de regionalização dos serviços de saúde é garantir o acesso dos cidadãos, a todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme seja

o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. Sendo assim, o processo de regionalização pode ser entendido, de modo geral, como processo que visa garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais (Brasil, 2006b).

Considera-se a atenção primária como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo, portanto a assistência sanitária essencial posta ao alcance da população. Os métodos utilizados nesse nível de assistência são práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis. Todos os membros da comunidade devem ter acesso e todos devem intervir ativamente para desenvolver parcerias efetivas na busca de melhores resultados. Neste nível de atenção deve ser incluída, no mínimo, a educação da comunidade sobre os principais problemas de saúde prevalentes e sobre os métodos de prevenção; promoção de nutrição apropriada; abastecimento de água potável e saneamento básico; assistência materna infantil; planejamento familiar; prevenção e combate a doenças endêmicas e epidêmicas; imunização contra doenças infecciosas passíveis de controle pela imunização, com cobertura vacinal de 90 a 100% da população alvo; tratamento apropriado das doenças traumatismos comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais (JAL, 2006).

A maior eficiência da atenção primária tende a se dar no nível das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ou seja, de postos e centros de saúde. Na prática, correspondem aos locais para desenvolvimento de promoção, proteção, diagnóstico e tratamento precoce e reabilitação para doenças em regime ambulatorial. Estas atividades não devem ser reduzidas ao conceito de simples. Ao contrário, elas envolvem alto índice de complexidade e exigem amplo conhecimento, embora dispensem a sofisticação tecnológica. Nesse nível de atenção, a resolubilidade dos problemas de saúde ideal deve ser em torno de 80 a 85%. Além disso, os postos devem ter localização estratégica para que a população acesse os serviços oferecidos com um percurso não superior a uma hora de distância (JAL, 2006).

A atenção secundária compreende atividades mais especializadas e de maior complexidade do que aquelas relativas à atenção primária. Como exemplo, pode-se citar: os diagnósticos e tratamento cirúrgico, complicações da gravidez e do parto, tratamento de doenças menos comuns, entre outros. Exigem profissionais mais especializados e desenvolve-se em hospitais, bem como em policlínicas de referência regional. Essas unidades de atendimento devem ser localizadas em regiões mais centrais (microrregiões sanitárias de saúde) como forma de facilitar o acesso da população (JAL, 2006).

A atenção terciária, por sua vez, requer maior especialização do que a atenção secundária, e envolve altos níveis tecnológicos. Por esta razão espacialmente mais centralizada (macrorregiões sanitárias de saúde), além de apresentar alto custo de manutenção. Como exemplo, pode-se citar as cirurgias cardíacas, neurológicas entre outras (JAL, 2006).

A efetividade em cada nível, a partir da atenção primária tende a reduzir a demanda para os níveis mais complexos e caros, e em decorrência, tende a aumentar a eficiência alocativa dos recursos na área da saúde, como um todo (JAL, 2006).

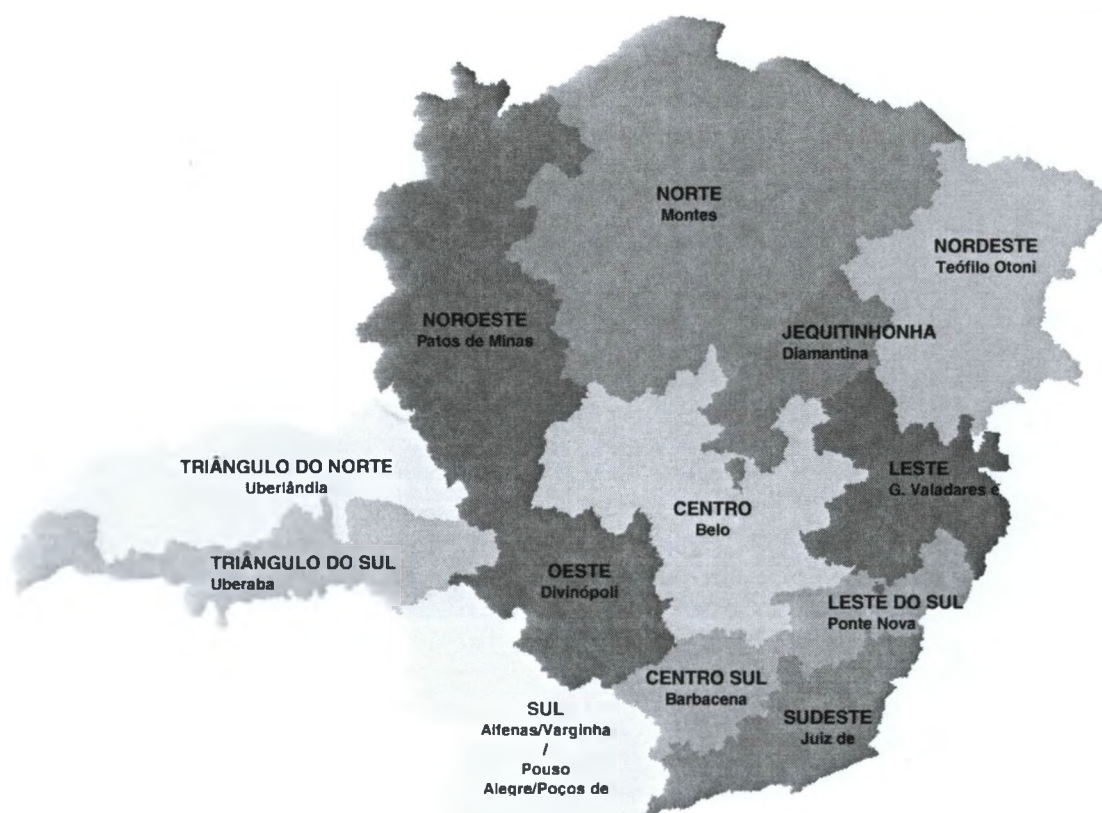
### 3.1.1 O processo de regionalização da política de saúde em Minas Gerais

O processo de regionalização da política de Saúde em Minas Gerais iniciou-se, formalmente, no ano 2000, com a aprovação dos princípios norteadores do processo de organização dos serviços assistenciais, através do PDR. Em 2003 o PDR passou por ajustes, visando adequar-se aos princípios de economia de escala, acessibilidade viária e geográfica (MINAS GERAIS, 2008c).

O PDR desenvolveu-se através de uma série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo SUS, em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e, posteriormente, de 2002. Isso foi feito tendo em vista a qualidade do atendimento, bem como uma melhor e mais adequada aplicação dos recursos financeiros (MINAS GERAIS, 2008c).

O Estado de Minas Gerais foi dividido em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias, e foi estabelecido por meio de consenso entre as três esferas de governo - Municípios, Estado e União. As macrorregiões sanitárias são apresentadas a seguir (mapa 1).

Mapa 1: Macrorregiões do Estado de Minas Gerais segundo divisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) – 2003 – 2007



Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

A partir daí, estabeleceram-se referenciais para a organização dos serviços conforme a densidade tecnológica possível por nível de atenção à saúde e as necessidades em cada uma delas.

A regionalização no Estado de Minas Gerais configura-se como o processo de alocação de recursos nos níveis de atenção acima elucidados de acordo com as demandas regionais com vista a aumentar a eficiência alocativa dos recursos. O processo de regionalização entende que a atenção básica ou primária deve ser oferecida no nível local, o mais próximo possível do cidadão. As necessidades referentes à atenção secundária ou de média complexidade, por necessitarem de maiores aparatos tecnológicos e escala superior de atendimentos em comparação à atenção primária, são melhores atendidas nas microrregiões sanitárias de saúde. Ficando as macrorregionais sanitárias de saúde

incumbidas de prestar os serviços referentes à atenção terciária ou de alta complexidade, por se tratarem de procedimentos altamente especializados e que necessitam de escalas superiores aos outros níveis de atenção para funcionar de maneira eficiente.

Pode-se dizer que os modelos de regionalização e assistencial detalhados no documento do PDR – SUS/MG objetivam subsidiar, por microrregião e macrorregião sanitária de saúde:

- processos de planejamento e programação;
- diagnósticos da prestação de serviços assistenciais;
- definição e organização de redes assistenciais;
- avaliação de vazios assistenciais hospitalares / ambulatoriais;
- avaliação do perfil da prestação de serviços por nível de Atenção;
- elaboração dos Planos Microrregionais de Saúde (MINAS GERAIS, 2008c).

Minas Gerais elevou a regionalização à política prioritária de governo com a aprovação do Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2004 – 2007. A partir de então regionalização está dentro da carteira de Projetos Estruturadores do governo. Estes projetos têm como principal objetivo alcançar a visão de futuro descrita no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2003 - 2020 que é transformar Minas o Melhor Estado para se Viver.

Os projetos estruturadores são concebidos para transformar em realidade a Visão de Futuro, consubstanciada na Orientação Estratégica do Governo presente no **PMDI**, por meio de ações concretas e resultados efetivos, visíveis e quantificáveis.

Os projetos estruturadores não correspondem a tudo o que o Governo fará, mas devem imprimir, de maneira inequívoca, a marca de suas realizações. A carteira de projetos estruturadores deve ter “poder de arraste” de outras iniciativas públicas e privadas, capazes de multiplicar seus efeitos, bem como de mobilizar a sociedade para a construção compartilhada do futuro desejado.

Por seu caráter estratégico e função de “alavancagem” de um conjunto de iniciativas, o projeto estruturador deve ser submetido a um processo de gerenciamento intensivo e diferenciado das demais atividades. Do seu sucesso dependem a viabilização de diversos outros projetos, a concretização da Visão de Futuro do Governo e a capacidade de mobilização de recursos públicos e privados alocados em atividades estruturantes, geradoras de desenvolvimento. (MINAS GERAIS, 2008b, p. 30).

Com isso o PDR assumiu papel importantíssimo como ferramenta utilizada pelo governo mineiro, através da Secretaria Estadual de Saúde, para alcançar as metas estipuladas para o projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde conforme discutido na próxima seção.

### 3.1.1.1 O projeto Estruturador Regionalização da Assistência à Saúde

O PPAG 2004 – 2007; criado pela lei 15.033, de 20 de Janeiro de 2004; apresenta como objetivo para o projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde “adequar a oferta de serviço à demanda de saúde da população, por região assistencial, observando o princípio da humanização do atendimento e possibilitando o atendimento do cidadão o mais próximo de seu município de residência” (MINAS GERAIS, 2008b). O termo “regiões assistencial”, aqui descrito, refere-se às macrorregiões sanitárias de saúde, microrregiões sanitárias de saúde e o nível local para atendimento das demandas de saúde.

As ações traçadas para o projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde, ajustadas em revisões que ocorreram no programa em 2005, 2006 e 2007, foram: a implantação da unidade de gestão regional de saúde, estruturação da rede assistencial, estruturação da rede de transporte sanitário, ampliação do serviço de atendimento móvel de urgência, implantação do sistema estadual de regulação em saúde, implantação de centros viva vida, o fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS, o fortalecimento da assistência hospitalar e ambulatorial através da programação pactuada integrada – PPI (MINAS GERAIS, 2008b).

O benefício gerado com o sucesso do projeto seria “a melhoria da qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde e do acesso a estes o mais próximo do cidadão, maior capilaridade gestora do estado junto aos municípios e os ganhos com economia de escala e escopo na prestação de serviços” (MINAS GERAIS, 2008b).

Em termos econômicos pode-se definir “economia de escala” como a maior produtividade, eficiência e qualidade alcançada mediante adoção de rotinas e critérios e que se manifesta no gráfico de distribuição de frequência, comparando-se a curva de produção dos serviços com a de gastos, os custos caem proporcionalmente ao aumento do número de atendimentos realizados. Isto, até um determinado ponto de inflexão das suas curvas quando os custos fixos, até então diluídos, voltam a gerar, para novas produções, novas fontes de gastos. Observa-se, então, queda da lucratividade alcançada. A vantagem

introduzida pela economia de escala é que com maior número de atendimento espera-se haver maiores possibilidades de especialização, melhoria nos índices de produtividade, conseqüentemente, aumento da qualidade, clareza para organização da rede e do fluxo e melhor orientação do usuário e prestadores (MINAS GERAIS, 2008b).

Para garantir economia de escala a partir de determinado ponto de inflexão nas curvas de produção e custos, deve-se promover a economia de escopo, ou seja, a maior utilização de determinados equipamentos, disponibilizando-os, num mesmo espaço ou localidade e em tempo integral, para diversas clínicas de especialidades médicas ou serviços. Evita-se, assim, capacidade ociosa, deslocamento de usuários ou duplicação de equipamentos de alto custo na mesma região assistencial (MINAS GERAIS, 2008b).

O principal objetivo ao se adotar tais princípios é fazer com que o usuário do sistema encontre serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade.

Nos anos 2005, 2006 e 2007 o PPAG passou por revisões. O estruturador Regionalização da Assistência à Saúde passou por pequenas modificações quanto aos seus objetivos.

Adequar a oferta de serviços à demanda de saúde da população, por região assistencial, observado o princípio da humanização do atendimento, e possibilitando o atendimento do cidadão o mais próximo de seu município de residência *de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR.* (MINAS GERAIS, 2008b, p.101)

Por isso o PDR se tornou tão importante para a regionalização em Minas Gerais, pois ele é o meio para o alcance dos objetivos estratégicos do governo na área da saúde, mais especificamente na questão da regionalização.

Os resultados do programa Regionalização da Assistência à Saúde foram descritos no Relatório Anual de Avaliação do PPAG, nos anos de 2005, 2006 e 2007 respectivamente.

O Relatório de Avaliação do PPAG – exercício 2007 aponta como resultados alcançados: a implantação de uma unidade de Gestão Regional de Saúde no valor de R\$ 41.244,53, sendo que a programação desta ação previa a implantação de uma unidade no valor de R\$100.000,00; a realização de investimentos no valor de R\$100.000,00 na estruturação da rede assistencial, atingindo o que havia sido programado; a distribuição de 40 veículos de transporte sanitário, dos 50 programados; a distribuição de 16 veículos para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dos 20 programados; a implantação de 13

centrais de regulação em saúde no valor de R\$8.014.137,89, das 15 programadas; a implantação de seis centros viva vida dos 27 programados; o investimento em infraestrutura a melhoria de 126 hospitais da rede SUS, sendo que haviam sido programados 120 hospitais e a alocação de R\$580.003.254,90 para investimentos em procedimentos da assistência hospitalar e ambulatorial em cumprimento a programação pactuada integrada – PPI, dos R\$597.600.000,00. As metas físicas das ações programadas para o ano de 2007 foram cumpridas em 94,82% , o que demonstra o sucesso do projeto estruturador para o ano analisado.

O governo do Estado de Minas Gerais aplicou cerca de R\$1,0 bilhão no projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde, no período 2004 – 2007. Os recursos financeiros saltaram de R\$75,187 milhões em 2004 (primeiro ano do ciclo avaliativo do PPAG 2004 – 2007) para R\$729,919 milhões no ano de 2007 (último ano do ciclo avaliativo), o que corresponde a valores crescentes no período (tabela 2). Entretanto, o valor programado para o projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde não chega a 1% do total da despesa executada pelo Estado de Minas Gerais (tabela 3).

O PPAG 2008 – 2011, que corresponde ao atual ciclo avaliativo, mantém a regionalização na carteira de projetos estruturadores do estado, agora sob a denominação de Regionalização – Urgência e Emergência e com o objetivo de “Adequar a oferta e a qualidade de cuidados secundários e terciários, observada a distribuição territorial das redes de atenção à saúde”. O valor programado para o período é de R\$2.647.198.725 e o objetivo estratégico a ser alcançado é aumentar a eficiência alocativa e a otimização do sistema de atenção à saúde. O resultado finalístico esperado – ligados ao PMDI – é reduzir os “Anos Potenciais de Vida Perdidos” por morte ou incapacidade (MINAS GERAIS, 2008b).

Tabela 2: Execução financeira do projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde - Minas Gerais - 2004 - 2007

Ano	Execução financeira		
	Programado (R\$)	Executado	
		Valor (R\$)	%
2004	103.885.000,00	75.187.928,16	72,38
2005	137.466.884,00	114.826.296,13	83,53
2006	200.596.720,00	131.008.696,05	65,31
2007	769.800.000,00	729.919.808,53	94,82
Total	1.211.748.604,00	1.050.942.728,87	86,73

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Planejamento e Gestão . **Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG**. Belo Horizonte, 2008b. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/ppag/ppag.asp>>. Acesso em: 25/08/2008.

Tabela 3: Relação entre despesa programada para o projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde e a despesa orçamentária prevista - Minas Gerais - 2004 - 2007

Ano	Despesa Programada para o Projeto Estruturador (A)	Despesa orçamentária prevista para o Estado de Minas Gerais	(A)/(B)
		Valor	(%)
		2004	22.051.054.679
2005	23.958.281.023	0,0057	
2006	27.014.602.636	0,0074	
2007	30.553.704.363	0,0252	
Total	103.577.642.701,00	0,0117	

Fontes: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Orçamento**. Belo Horizonte, 2008a. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/orcamento/orcamento.asp>>. Acesso em: 20/08/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG**. Belo Horizonte, 2008b. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/ppag/ppag.asp>>. Acesso em: 25/08/2008

Após análise dos dados referentes às políticas de regionalização no Estado de Minas Gerais é possível identificar a ênfase atribuída aos níveis secundário e terciário de atenção no atual PPAG, enquanto a atenção primária tornou-se um projeto estruturador e passou a fazer parte da carteira de projetos do governo através do programa "Saúde em Casa", que tem como objetivo "Universalizar a oferta para a população SUS dependente e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família". Com isso o governo mineiro deixa bem claro a

importância das ações de valorização e investimento no setor de saúde, nos seus três níveis de atenção.

Pode-se perceber, em síntese que o processo de regionalização no Estado de Minas Gerais volta-se para o atendimento dos princípios preconizados pelo SUS, além do foco na qualidade do atendimento e uma adequada aplicação dos recursos financeiros destinados à saúde. Um dos pontos mais importantes do programa de regionalização é a utilização da economia de escala no atendimento e na prestação dos serviços, como forma de garantir o atendimento de um número elevado de usuários sem gerar desperdícios, dado que os recursos são escassos. Nota-se ainda que, existe uma preocupação explícita em facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde, e de garantir que o usuário tenha a solução de seus problemas em qualquer nível de atenção.

#### **4 TRAJETÓRIA E PERFIL DOS GASTOS EM SAÚDE NAS MACRORREGIÕES SANITÁRIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Esta seção de análise dos gastos em saúde nas macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais encontra-se dividida em três partes. Na primeira, elabora-se uma análise geral

dos gastos de saúde nas macrorregiões para o período sob consideração, 2005 – 2007, e também se analisa o valor médio do período.

Na segunda parte elabora-se uma análise dos valores per capita gastos com saúde por macrorregião sanitária de saúde. Na terceira parte analisa-se o perfil dos gastos desagregados pelas seis subfunções que compõem a função saúde procurando-se ressaltar alguns aspectos relevantes que emergem da interpretação destes dados.

#### 4.1 Gastos totais com a função saúde nas 13 macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais

No período compreendido entre os anos de 2005 a 2007, os gastos com a função saúde nos municípios analisados somaram R\$13.836.447.883,41. Observa-se ainda, que ao longo do período, os valores alocados foram crescentes, tendo saltado de R\$3,965 bilhões em 2005, para R\$5,311 bilhões no último ano da série (tab. 4).

Apenas as macrorregiões Centro (integrada de municípios a exemplo de Belo Horizonte, Sete Lagoas e Três Marias) e Sul (integrada de municípios a exemplo de Nepomuceno, Passa Quatro e São Lourenço) apresentaram gastos superiores às médias de gastos macrorregionais com a função saúde nos anos de 2005 e 2007. No ano de 2006, a região Sudeste (integrada de municípios a exemplo de Além Paraíba, Muriaé e Ubá) também apresentou gastos superiores com a função saúde em relação à média macrorregional para aquele ano, além das macrorregionais Centro e Sul. Tais médias foram R\$305.022.201,71, R\$350.772.749,84 e R\$408.547.193,33 respectivamente.

É interessante ressaltar, que os gastos com a função saúde apresentam grande variação entre as macrorregiões sanitárias de saúde. Enquanto na macrorregião Jequitinhonha (integrada de municípios a exemplo de Capelinha, Gouvêa e Serro) a soma de gastos do período 2005 -2007 foi pouco mais de R\$100,0 milhões, na macrorregião Centro o valor alcançou R\$5,421 bilhões.

Tabela 4: Total gasto com a função saúde nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto com a função saúde (R\$)			
	2005	2006	2007	Total
Jequitinhonha	32.413.824,88	41.261.697,16	48.665.025,13	122.340.547,17
Leste do Sul	89.210.447,82	115.633.831,06	135.050.697,52	339.894.976,40
Nordeste	124.680.470,64	152.032.305,22	166.145.814,39	442.858.590,25
Noroeste	120.141.148,17	154.793.911,53	168.290.197,71	443.225.257,41
Centro Sul	151.280.318,21	183.006.529,39	201.060.611,82	535.347.459,42
Triângulo do Sul	151.646.475,13	182.740.388,10	210.875.558,64	545.262.421,87
Oeste	207.562.322,02	241.965.650,31	277.088.535,38	726.616.507,71
Triângulo do Norte	218.022.678,22	252.892.118,02	307.474.440,29	778.389.236,53
Leste	198.391.301,98	289.438.479,20	317.831.091,79	805.660.872,97
Norte de Minas	273.047.205,84	343.244.153,86	386.848.723,39	1.003.140.083,09
Sudeste	303.316.200,43	373.982.747,67	413.227.705,60	1.090.526.653,70
Sul	444.632.857,20	536.113.458,21	600.525.571,98	1.581.271.887,39
Centro	1.650.943.371,64	1.692.940.478,18	2.078.029.539,68	5.421.913.389,50
Minas Gerais*	3.965.288.622,18	4.560.045.747,91	5.311.113.513,32	13.836.447.883,41

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

Os gastos com a função saúde realizados nas macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais correspondem, em média, a 25% dos gastos totais do Estado com todas as funções, no período analisado. Percebe-se que as macrorregiões sanitárias de saúde Triângulo do Sul (integrada de municípios a exemplo de Araxá, Frutal e Sacramento), Triângulo do Norte (integrada de municípios a exemplo de Araguari, Uberlândia e Ituiutaba), Leste (integrada de municípios a exemplo de Coronel Fabriciano, Governador Valadares e Ipatinga) e Sul apresentaram gastos com a função saúde em relação ao total dos gastos com todas as funções menores do que o percentual macrorregião nos três anos do período analisado (tab. 5).

O ritmo de crescimento dos gastos com saúde nas 13 macrorregiões estudadas ficou em 34%, 2007 em relação a 2005. As macrorregiões que apresentaram maiores percentuais de crescimento dos gastos para o período analisado, acima de 50%, foram Jequitinhonha, Leste do Sul e Leste (tab. 6).

Tabela 5: Gastos com função saúde em relação ao total dos gastos com todas as funções nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gastos com a função saúde em relação ao total dos gastos com todas as funções (%)			
	2005	2006	2007	Total
Leste	22	22	22	22
Triângulo do Norte	22	21	23	22
Triângulo do Sul	22	22	23	22
Sul	23	23	22	23
Jequitinhonha	23	24	25	25
Oeste	26	25	25	25
Centro	28	24	26	26
Leste do Sul	25	26	27	26
Nordeste	25	26	26	26
Noroeste	26	27	26	26
Centro Sul	28	28	27	28
Sudeste	28	28	28	28
Norte de Minas	28	29	28	29
Minas Gerais*	26	25	25	25

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

Tabela 6: Evolução dos gastos com a função saúde nas Macrorregiões sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Evolução dos gastos com a função saúde (%)		
	2005/2006	2006/2007	2005/2007
Centro	3	23	26
Centro Sul	21	10	33
Nordeste	22	9	33
Oeste	17	15	33
Sul	21	12	35
Sudeste	23	10	36
Triângulo do Sul	21	15	39
Noroeste	29	9	40
Triângulo do Norte	16	22	41
Norte de Minas	26	13	42
Jequitinhonha	27	18	50
Leste do Sul	30	17	51
Leste	46	10	60
Minas Gerais*	15	16	34

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

Percebe-se que existem três grandes grupos em relação ao ritmo de crescimento dos gastos com a função saúde neste período. O grupo que apresentou taxas de crescimento entre 25 e 35 por cento é composto pelas macrorregiões Centro, Centro Sul (integrada de municípios a exemplo de Barbacena, Conselheiro Lafaiete e Tiradentes), Nordeste (integrada de municípios a exemplo de Águas Formosas, Medina e Teófilo Otoni), Oeste (integrada de municípios a exemplo de Arcos, Cláudio e Nova Serrana) e Sul. O Segundo grupo, que apresentou taxas de crescimento entre 35 e 45 por cento, é composto pelas macrorregiões Sudeste, Triângulo do Sul, Noroeste (integrada de municípios a exemplo de Patos de Minas, São Gotardo e Carmo do Paranaíba), Triângulo do Norte (integrada de municípios a exemplo de Araguari, Uberlândia e Ituiutaba) e Norte de Minas (integrada de municípios a exemplo de Janaúba, Montes Claros e Salinas). O terceiro grupo, que

apresentou taxas de crescimento entre 50 e 60 por cento, é composto pelas macrorregiões Jequitinhonha, Leste do Sul e Leste.

A macrorregião Leste, apesar de apresentar total de gasto com a função saúde em relação ao total do gasto com todas as funções menor do que o percentual macrorregião nos três anos analisados, foi a que apresentou maior ritmo de crescimento dos gastos com a função saúde para estes mesmos anos. A macrorregião Jequitinhonha, apesar de ter os menores valores absolutos de gastos com a função saúde para os anos de 2005, 2006 e 2007 elevou seus gastos nesta mesma função em 50% em 2007 em comparação com os valores gastos em 2005.

Percebe-se, após a análise das taxas de crescimento dos gastos com a função saúde nas macrorregiões sanitárias, que o ritmo de crescimento dos gastos é superior em regiões reconhecidamente carentes a exemplo de Jequitinhonha. Outro ponto que merece destaque é a importância relativa da função saúde em relação às demais funções, visto que nenhuma macrorregião apresentou total de gastos com saúde inferior a 20% em relação ao total de gastos com outras funções.

#### 4.2 Gastos per capita com a função saúde nas 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais

Os gastos per capita com a função saúde nas 13 Macrorregiões Sanitárias de Saúde do Estado de Minas Gerais para os três anos estudados ficou em R\$247, 11. No ano de 2005 apenas as macrorregiões Centro Sul, Triângulo do Sul e Centro apresentaram gastos per capita superiores à média macrorregional. Em 2006, Centro Sul, Triângulo do Sul, Centro e Sudeste foram as únicas a apresentar gastos per capita superiores à media macrorregional. O ano de 2007 apresentou as mesmas macrorregiões do ano de 2005 como únicas a apresentarem gastos per capita superiores à média macrorregional (tab. 7).

Tabela 7: Gasto per capita com saúde nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)			
	2005	2006	2007	Total
Jequitinhonha	145,05	183,51	217	181,9
Nordeste	156,42	190,81	207,74	185,01
Leste	147,52	213,95	234,43	198,76
Leste do Sul	165,07	212,7	255,69	210,82
Sul	176,99	210,58	246,96	211,12
Oeste	183,86	211,37	242,89	212,81
Norte de Minas	180,65	225,02	255,4	220,4
Triângulo do Norte	188,62	215,29	260,58	221,73
Noroeste	194,85	248,1	277,06	239,85
Sudeste	209,59	255,62	287,07	250,71
Centro Sul	219,42	263,04	295,06	259,04
Triângulo do Sul	241,47	287,17	321,07	283,82
Centro	275,98	278,1	344,08	299,4
Minas Gerais*	213,44	242,36	285,55	247,11

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

O gasto per capita macrorregional apresentou uma tendência de elevação em 34% em 2007, em relação aos gastos de 2005. A macrorregião Centro, apesar de apresentar os maiores valores per capita de gastos com a função saúde nos três anos foi a que apresentou a menor taxa de crescimento desse mesmo indicador para o período. As macrorregiões Jequitinhonha, Leste do Sul e Leste foram as que apresentaram maiores taxas de crescimento dos gastos per capita em saúde para o período analisado. As demais macrorregiões oscilaram em taxas de crescimento de 32% até 42% (tab. 8).

Tabela 8: Evolução dos gastos per capita com a função saúde nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Evolução dos gastos per capita (%)		
	2005/2006	2006/2007	2005/2007
Centro	1	24	25
Oeste	15	15	32
Nordeste	22	9	33
Triângulo do Sul	19	12	33
Centro Sul	20	12	34
Sudeste	22	12	37
Triângulo do Norte	14	21	38
Sul	19	17	40
Norte de Minas	25	14	41
Noroeste	27	12	42
Jequitinhonha	27	18	50
Leste do Sul	29	20	55
Leste	45	10	59
Minas Gerais*	14	18	34

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

Apesar de apresentar taxas de crescimento menos favoráveis para os valores per capita investidos em saúde, a macrorregião Centro possui o maior volume de recursos na função saúde e o maior gasto per capita. Em contra partida a macrorregião Jequitinhonha é a que apresenta o menor volume de recursos na função saúde e menor valor gasto por habitante, mas mostrou taxas de crescimentos de 50% para o período nestes dois indicadores analisados.

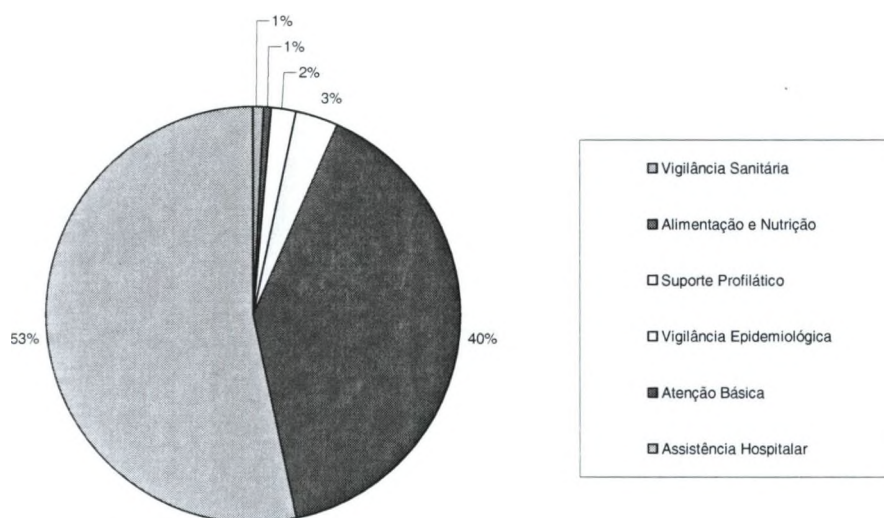
A análise do padrão dos gastos per capita em saúde nas macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais revela que apenas três macrorregiões apresentaram valores per capita superiores ao valor médio macrorregional do período 2005 - 2007 de R\$247,11. Mas uma análise mais aprofundada mostra que se o ritmo de crescimento das macrorregiões que apresentaram valores inferiores mantiver-se elevado ao longo dos próximos anos, as

diferenças nos padrões alocativos das macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais, no que tange ao gasto per capita em saúde, poderão ser amenizadas.

#### 4.3 Perfil dos gastos desagregados pelas sete subfunções que compõem a função saúde

As subfunções Assistência Hospitalar e Atenção Básica respondem por 93% das despesas alocadas na função saúde. Isto corresponde a R\$9.911.058.569,78 de todos os gastos com a função saúde, descritos anteriormente (gráfico 1).

Gráfico 1: Participação percentual das subfunções nos gastos alocados na função saúde - Minas Gerais - 2005 -2007



Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

Apresenta-se a seguir os valores per capita alocados em cada uma das seis subfunções nas 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais nos anos de 2005 - 2007.

#### 4.3.1 Atenção Básica

Os gastos macrorregionais per capita com atenção básica foram de R\$75,78 no período analisado com tendência de crescimento médio de 50% em 2007 em relação à 2005.

No ano de 2005 as macrorregiões Triângulo do Norte, Leste, Centro, Norte de Minas e Nordeste apresentaram gastos per capita inferiores ao valor macrorregional de R\$59. No ano de 2006 apenas as macrorregiões Centro e Triângulo do Sul ficaram abaixo dos valores per capita macrorregional para este indicador. No ano de 2007 as macrorregiões Centro, Triângulo do Sul, Centro Sul e Leste ficaram abaixo dos valores per capita macrorregional para a subfunção Atenção Básica.

A macrorregião Centro apresentou o menor gasto por habitante para a subfunção Atenção Básica, acompanhada das macrorregionais Leste e Norte de Minas. Em contrapartida a Macrorregião Sul apresentou o maior gasto por habitante para a subfunção analisada, com valores bastante superiores à média macrorregional. A macrorregião Triângulo do Norte apresentou taxa de crescimento dos valores per capita elevados, acima de 300%. Já as Macrorregiões Triângulo do Sul e Centro Sul apresentaram redução nos valores per capita investidos com atenção básica em 2007 em relação a 2005 (tab. 9).

Tabela 9: Gasto per capita com a subfunção atenção básica nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)				Taxa de Crescimento 2005/2007 (%)
	2005	2006	2007	Total	
Centro	41,98	39,52	49,05	43,51	17
Leste	37,12	83,54	86,9	69,26	134
Norte de Minas	49,96	82,87	92,22	75,05	85
Nordeste	55,08	82,42	97,33	78,3	77
Noroeste	69,09	83,91	93,4	82,08	35
Leste do Sul	59,29	90,51	102,19	83,87	72
Oeste	73,52	86,64	97,34	85,88	32
Triângulo do Sul	106,06	75,62	83,69	88,33	-21
Jequitinhonha	73,21	83,75	110,09	89,03	50
Centro Sul	89,9	126,86	86,79	101,32	-3
Sudeste	86,59	104,32	113,92	101,6	32
Triângulo do Norte	36,13	120,45	149,89	102,58	315
Sul	86,87	109,85	134,21	110,05	54
Minas Gerais*	59,66	78,41	89,21	75,78	50

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

#### 4.3.2 Assistência Hospitalar

Os valores per capita gastos com assistência hospitalar no período analisado foi de R\$101, 23, com tendência de crescimento em 2007 em relação à 2005 de 26%.

No ano de 2005 as macrorregiões Noroeste, Triângulo do Norte, Norte de Minas, Triângulo do Sul e Centro apresentaram gastos per capita superiores ao valor macrorregional de R\$89,57. No ano de 2006 as macrorregiões Triângulo do Sul, Leste, Norte de Minas, Noroeste e Centro ficaram acima dos valores per capita macrorregional para este indicador. No ano de 2007 as macrorregiões Noroeste, Norte de Minas e Centro ficaram acima dos valores per capita macrorregional para a subfunção assistência hospitalar (tab. 10).

Tabela 10: Gasto per capita com a subfunção assistência hospitalar nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)				Taxa de Crescimento 2005/2007 (%)
	2005	2006	2007	Total	
Jequitinhonha	43,59	46,34	49,48	46,47	14
Nordeste	59,59	41,28	61,37	54,09	3
Sul	50,86	66,8	69,41	62,3	36
Leste	42,14	101,36	79,89	74,53	90
Oeste	68,26	79,23	92,16	79,92	35
Leste do Sul	78,18	93,14	86,91	86,09	11
Triângulo do Norte	100,31	74,04	85,78	86,64	-14
Centro Sul	75,42	67,94	117,2	86,68	55
Sudeste	77,08	92,24	99,11	89,47	29
Triângulo do Sul	114,16	100,03	105,77	106,61	-7
Noroeste	90,86	115,58	126,34	110,87	39
Norte de Minas	101,68	113,82	130	115,17	28
Centro	124,37	135,51	157,57	139,19	27
Minas Gerais*	89,67	100,73	113,27	101,23	26

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Notas: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

#### 4.3.3 Suporte Profilático

Os valores per capita gastos com suporte profilático no período analisado foi de R\$3,68, com tendência de crescimento em 2007 em relação à 2005 de 101%.

A macrorregião Sudeste apresentou os maiores valores per capita para a subfunção suporte profilático, além de apresentar a maior taxa de crescimento no ano de 2007 em relação a 2005 (tab. 11).

Tabela 11: Gasto per capita com a subfunção suporte profilático nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)				Taxa de Crescimento 2005/2007 (%)
	2005	2006	2007	Total	
Leste do Sul	0,88	1,28	0,95	1,04	7
Triângulo do Norte	0,22	1,35	1,59	1,06	137
Leste	0,61	0,78	2,02	1,14	140
Jequitinhonha	1,58	1,07	1,50	1,38	-8
Sul	1,69	1,45	2,04	1,72	35
Centro	2,65	1,75	1,95	2,11	-70
Norte de Minas	0,87	4,01	1,87	2,25	100
Triângulo do Sul	1,00	2,98	2,98	2,34	198
Noroeste	2,14	3,88	3,96	3,33	183
Nordeste	3,44	4,17	3,76	3,79	32
Oeste	3,67	3,98	4,97	4,21	130
Centro Sul	3,08	3,77	7,52	4,78	445
Sudeste	16,80	21,18	23,85	20,60	705
Minas Gerais*	3,15	3,71	4,17	3,68	101

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

#### 4.3.4 Vigilância Sanitária

Os gastos macrorregionais per capita com Vigilância Sanitária foram de R\$1,38 no período analisado com tendência de crescimento médio de 2% em 2007 em relação à 2005 (tab. 12).

Tabela 12: Gasto per capita com a subfunção vigilância sanitária nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)				Taxa de Crescimento 2005/2007 (%)
	2005	2006	2007	Total	
Sudeste	0,4	0,96	1,05	0,8	166
Leste do Sul	0,64	0,75	1,13	0,83	77
Centro Sul	0,89	0,85	0,9	0,88	2
Centro	1,12	0,78	1,03	0,97	-8
Leste	0,76	1,12	1,04	0,98	37
Jequitinhonha	1,47	1,15	1,39	1,33	-5
Triângulo do Sul	2,05	1,26	1,59	1,63	-22
Nordeste	1,29	1,46	2,18	1,64	69
Triângulo do Norte	3,13	1,01	0,97	1,7	-69
Noroeste	1,46	1,94	2,37	1,92	63
Sul	2,5	1,55	1,85	1,97	-26
Oeste	1,71	2	2,25	1,99	32
Norte de Minas	1,62	1,93	2,92	2,16	80
Minas Gerais*	1,46	1,19	1,48	1,38	2

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

#### 4.3.5 Vigilância Epidemiológica

Os valores per capita gastos com Vigilância Epidemiológica no período analisado foi de R\$5,79, com tendência de crescimento em 2007 em relação à 2005 de 97%. A macrorregião Triângulo do Sul apresentou um valor per capita bem superior às demais macrorregiões, com uma elevação de 443% nos valores investidos nesta subfunção no ano de 2007 em relação ao ano de 2005 (tab. 13).

Tabela 13: Gasto per capita com a subfunção vigilância epidemiológica nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)				Taxa de Crescimento 2005/2007 (%)
	2005	2006	2007	Total	
Jequitinhonha	1,42	1,92	4,67	2,67	228
Leste	1,09	2,61	4,43	2,71	306
Triângulo do Norte	3,91	3,52	4,78	4,07	22
Sul	3,76	4,67	5,03	4,48	34
Nordeste	3,98	4,56	5,28	4,6	33
Leste do Sul	5,73	4,59	4,91	5,08	-14
Centro Sul	4,65	5,36	5,36	5,12	15
Norte de Minas	4,13	5,18	6,16	5,16	49
Centro	5,58	5,55	5,66	5,6	1
Oeste	4,27	5,69	7,24	5,74	70
Noroeste	4,75	6,48	8,52	6,57	80
Triângulo do Sul	4,24	7,54	23,03	11,76	443
Sudeste	1,99	3,77	32,29	12,62	1.521
Minas Gerais*	4,21	4,91	8,28	5,79	97

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

#### 4.3.6 Alimentação e Nutrição

Os valores per capita gastos com alimentação e nutrição no período analisado foi de R\$1,51 com tendência de redução em 2007 em relação à 2005 de 6%. Os valores per capita gastos com esta subfunção são bastante aquém daqueles realizados nas outras subfunções. A grande maioria das macrorregiões apresentou valores que não ultrapassam dois reais por habitante. A única discrepância encontrada foi a macrorregião do Jequitinhonha, que apresentou valores quase nulos para este indicador nos três anos analisados (tab. 14).

Tabela 14: Gasto per capita com a subfunção alimentação e nutrição nas Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2005 - 2007

Macrorregião	Gasto per capita (R\$/hab)				Taxa de Crescimento 2005/2007 (%)
	2005	2006	2007	Total	
Jequitinhonha	0,0002	0,02	0,02	0,02	11.992
Leste	0,37	0,44	0,36	0,39	-5
Sudeste	0,55	0,5	0,58	0,54	5
Triângulo do Norte	0,58	0,97	0,38	0,64	-34
Nordeste	1,05	0,42	0,94	0,8	-11
Centro Sul	0,73	0,76	0,94	0,81	29
Norte de Minas	0,5	0,15	1,96	0,87	289
Triângulo do Sul	0,49	1,32	0,85	0,89	73
Leste do Sul	0,97	1,19	0,84	1	-13
Sul	1,95	1,86	1,73	1,85	-11
Noroeste	1,87	2,08	1,98	1,98	6
Oeste	3,54	1,19	1,51	2,07	-57
Centro	2,2	2,91	2,03	2,38	-8
Minas Gerais*	1,51	1,6	1,43	1,51	-6

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

A análise realizada, até aqui, permite ressaltar alguns aspectos interessantes a respeito da trajetória e padrão dos gastos em saúde. O primeiro ponto que merece destaque é a superioridade dos gastos com as subfunções Assistência Hospitalar e Atenção Básica. Estas duas subfunções pertencentes à função saúde somam 93% de todos os gastos com saúde nos anos de 2005 - 2007 para o conjunto das 13 macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.

Essa superioridade pode ser explicada, no caso da Assistência Hospitalar, pelo grande volume de recursos necessários para manutenção dos serviços hospitalares. Tais serviços encontram-se, como mencionado anteriormente, nos níveis secundário e terciário da

atenção à saúde, necessitando, portanto de níveis tecnológicos mais sofisticados e que demandam maior volume de recursos.

Os gastos relativos à subfunção a Atenção Básica, por se tratar da porta de entrada do sistema de saúde e por ter papel fundamental na prevenção de doenças e promoção da saúde para a população merece destaque especial na alocação de recursos públicos no setor saúde. Como enfocado anteriormente, o nível de resolubilidade dos problemas devem ser superiores a 85% neste nível de atenção para que gastos futuros com os níveis secundário e terciário sejam evitados, gerando assim economia para os cofres públicos.

Um segundo aspecto que merece ser ressaltado diz respeito à distinção existente entre as macrorregiões Centro e Jequitinhonha no que tange a alocação de recursos nas subfunções Assistência Hospitalar e Atenção Básica. A macrorregião Centro apresentou o maior valor per capita aplicado na subfunção Assistência Hospitalar enquanto que a macrorregião Jequitinhonha apresentou o mais baixo valor per capita nesta subfunção. Em contrapartida, a macrorregião Jequitinhonha apresentou a quinta melhor marca para os gastos per capita com a subfunção Atenção Básica, enquanto a macrorregião Centro figurou com menor nível de investimento per capita nesta mesma subfunção.

O baixo nível de gastos per capita de recursos com a subfunção Assistência Hospitalar pela macrorregião Jequitinhonha comparativamente às demais macrorregiões sanitárias de saúde pode ser explicado pelo baixo número de habitantes desta região em comparação com as outras macrorregiões.

Os gastos com a subfunção Assistência Hospitalar necessitam de demandas para que haja economia de escala e de escopo na alocação dos recursos. Percebe-se que das 13 macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais no ano de 2007 a que apresentou o menor número de habitante foi Jequitinhonha. Este fato pode ajudar a explicar a inferioridade dos valores aplicados nesta subfunção em relação a outras macrorregiões.

Em contrapartida a macrorregião Centro por apresentar uma parcela significativa da população mineira, apresenta valores inferiores às outras macrorregiões no que se refere aos gastos per capita com Atenção Básica. Os valores investidos nesta subfunção são divididos por um número muito maior, proporcionalmente, do que as outras macrorregiões (tab. 15).

As demais subfunções não foram analisadas profundamente por se tratarem de valores irrisórios comparando-se os valores alocados com Assistência Hospitalar e Atenção Básica.

De maneira geral percebe-se a tendência existente de elevação dos valores alocados nas mesmas, exceto para a subfunção alimentação e nutrição.

Tabela 15: População das Macrorregiões Sanitárias de Saúde - Minas Gerais - 2007 (hab)

Macro	População
Jequitinhonha	224.267,00
Leste do Sul	528.189,00
Noroeste	607.407,00
Triângulo do Sul	656.793,00
Centro Sul	681.432,00
Nordeste	799.791,00
Oeste	1.140.781,00
Triângulo do Norte	1.179.950,00
Leste	1.355.785,00
Sudeste	1.439.484,00
Norte de Minas	1.514.691,00
Sul	2.431.646,00
Centro	6.039.466,00
Minas Gerais*	18.599.682,00

Fontes: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

Nota: Consideram-se, para efeito desta análise, 790 municípios dos 853 pertencentes ao Estado de Minas Gerais. 63 municípios foram excluídos da amostra por não apresentarem série de dados completa para o período 2005 - 2007, buscando-se assegurar série de tempo completa para os municípios que integram a amostra.

Apesar de todas as macrorregiões apresentarem elevação nos valores per capita alocados em saúde no ano de 2007 em relação à 2005, as macrorregiões que apresentaram os menores valores per capita destinados à função saúde (Jequitinhonha, Leste do Sul e Noroeste), apresentaram taxas de crescimento em 2007 superiores à média

macrorregional; 50%, 51% e 39% respectivamente. Isso demonstra que macrorregiões de reconhecido baixo IDH estão mostrando taxas de crescimento constantes ao longo do período para os valores destinados à saúde por habitante.

Mesmo com taxas de crescimento positiva no período analisado, ficando próximo a 50% em 2007 comparativamente aos valores destinados em 2005 as macrorregiões Jequitinhonha e Norte de Minas (reconhecidamente mais carentes) ainda apresentam valores per capita inferiores aos valores globais do Estado de Minas Gerais para os anos de 2005 - 2007.

A análise dos dados revela a existência de três grandes grupos quanto aos valores per capita investidos em saúde. O grupo intermediário, composto pela maioria das macrorregionais, apresentou padrão de gastos em saúde similares. Em contrapartida, as macrorregiões que ficaram nos extremos das tabelas apresentaram valores distintos nos três anos analisados. Os valores aplicados por habitante em macrorregiões como Centro e Centro Sul são bem superiores àqueles alocados em macrorregiões como Nordeste e Jequitinhonha. Apesar disso a elevação nas taxas de crescimento dos investimentos per capita em regiões reconhecidamente mais pobres mostram a preocupação em elevar o nível de vida da população destes mesmos municípios, contribuindo para a redução das desigualdades regionais, tão evidentes no Estado de Minas.

## 5 CONCLUSÕES

Conclui-se, ao final deste trabalho, a evolução das políticas de saúde no Brasil e principalmente em Minas Gerais. A grande revolução nas políticas públicas de saúde ocorreu com a abertura política do país e com o início da participação popular na formulação e implementação de um novo modelo assistencial de saúde. Os primeiros passos para a construção de um sistema único de saúde universal e de boa qualidade ocorreram antes mesmo da promulgação da constituição de 1988. As modificações ao longo dos anos mostram-se fundamentais para a melhoria constante do sistema, como foi possível constatar no estudo ora apresentado.

Uma das ferramentas utilizadas nesta nova jornada é a regionalização. Neste processo, encontram-se princípios como a descentralização de políticas de saúde e de recursos, através da divisão do espaço local em regiões assistenciais e a aplicação da eficiência alocativa dos gastos, através da economia de escala e escopo, como forma de ampliar o acesso dos serviços de saúde a um número maior de pessoas, sem gerar desperdícios. Além disso, a participação popular é de fundamental importância, uma vez que é ela, a população, a principal beneficiária de um sistema de saúde mais justo e equitativo.

O Estado de Minas ao elaborar no ano 2000 o PDR e posteriormente ao criar o projeto estruturador relacionado à regionalização da assistência à saúde evidencia o alinhamento estratégico do Estado com as políticas federais. A diretriz para divisão do Estado em regiões obedece às recomendações do plano federal, e nota-se uma preocupação clara em atender os princípios de economia de escala e escopo com vistas a suprir as demandas locais. A adequação da oferta de serviços por regiões de saúde observada principalmente a eficiência da prestação do serviço e maior capilaridade gestora do Estado junto aos municípios é meta a ser alcançada por Minas Gerais com o intuito de alcançar a visão do futuro traçada para o Estado que é “transformar Minas o Melhor Estado para se viver”.

O PDR configurara-se como o meio para o alcance dos objetivos traçados para o Estado, através da busca constante de melhoria na prestação dos serviços de saúde para toda população do Estado. Além disso, com o projeto estruturador ligado à regionalização o governo de Minas Gerais sinaliza a importância das ações de valorização e investimento da saúde da população.

Percebe-se ao final deste trabalho a existência de distinções entre os padrões de gastos das 13 macrorregiões sanitárias de saúde do Estado de Minas Gerais nos anos de 2005, 2006 e 2007. Essas distinções se apresentam entre os valores totais e per capita alocados na função saúde e duas de suas subfunções – Atenção Básica e Assistência Hospitalar. Apesar de as regiões reconhecidamente mais pobres como Norte de Minas e Jequitinhonha

apresentarem valores, totais e per capita, ainda bem inferiores ao de regiões mais desenvolvidas como Centro e Sul, estas macrorregiões estão apresentando para o período analisado elevadas taxas de crescimento destes valores. Isto indica a redução de parte das desigualdades regionais existentes no Estado, visto que estas taxas de crescimento são superiores às apresentadas por macrorregiões mais desenvolvidas. Mantendo-se estas taxas podemos esperar a aproximação dos valores globais e per capita alocados em saúde destas macrorregiões dentro de alguns anos e conseqüentemente a redução gradual das desigualdades regionais do Estado.

As subfunções Atenção Básica e Assistência Hospitalar foram as que apresentaram maior relevância dentro dos gastos realizados com saúde. Além disso, percebe-se a tendência de elevação dos gastos, ao longo dos anos de todas as subfunções pertencentes à função saúde, exceto a subfunção Alimentação e Nutrição.

Estudo mais aprofundado dentro das subfunções atenção básica e assistência hospitalar poderiam explicar o porquê da importância tão acentuada destas duas subfunções no conjunto de seis subfunções. Uma possível partição destas em subgrupos poderia ajudar a entender melhor a importância destas duas subfunções no universo dos gastos com saúde, no Estado de Minas e no Brasil.

## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2006a.

BRASIL. **Constituição, 1998. [Brasília, 2000]**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 25/08/2008.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Estados e Municípios**. Brasília, 2008a. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados\\_municipios/index.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp)>. Acesso em: 21/09/2008.

BRASIL. Ministério do Orçamento e Gestão. **Portaria nº. 42, 1999**. Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>>. Acesso em: 15/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização Solidária e Cooperativa**: Orientação para sua implementação no SUS. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume3.pdf>>. Acesso em: 12/06/2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

JAL, Marinho. **Sistema de saúde, epidemiologia e profilaxia**: Bases da Medicina Científica. Belo Horizonte: FMI, 2006.

MACHADO, Edite da Mata; MAIA, Ana Carolina. **A saúde no Estado de Minas Gerais**. In: Minas Gerais. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, coord. O estado do Estado. Belo Horizonte, 2007. Anexo 2, p. 90-102.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Fazenda. Superintendência de Orçamento. **Classificações Orçamentárias: Interpretação**. Belo Horizonte, 1988.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Orçamento**. Belo Horizonte, 2008a. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/orcamento/orcamento.asp>>. Acesso em: 20/08/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG**. Belo Horizonte, 2008b. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/ppag/ppag.asp>>. Acesso em: 25/08/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte, 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)>. Acesso em: 20/07/2008.

MENDES, Eugênio V. **Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: [s.n.] 2005.

OLIVEIRA, Cássio M. B. de. **Aptidões estratégicas em organizações hospitalares da RMBH**: um estudo comparativo no ambiente da rede assistencial de saúde. Dissertação (Mestrado Administração Pública) – Escola de Governo Prof. Paulo Neves de Carvalho. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2008.