



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães

**A gestão estadual do SUS em Minas Gerais e seu efeito na  
regionalização e em alguns resultados de  
saúde da população**

Rio de Janeiro

2011

Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães

**A gestão estadual do SUS em Minas Gerais e seu efeito na regionalização e em alguns resultados de saúde da população**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2011

**CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C**

G963 Guimarães, Maria Aparecida Martins Baêta.

A gestão estadual do SUS em Minas Gerais e seu efeito na regionalização e em alguns resultados de saúde da população / Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães. – 2011.

266 f. : il.

Orientadora: Sulamis Dain.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Gestão em saúde 2. Regionalização. 3 Federalismo. 4. Financiamento da saúde. 5. Avaliação em saúde. I. Dain, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães

**A gestão estadual do SUS em Minas Gerais e seu efeito na regionalização e em alguns resultados de saúde da população**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2011.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. Roberto Parada  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. Márcio José Martins Alves  
Faculdade de Medicina – UFJF

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite  
Faculdade de Medicina da UFJF

Rio de Janeiro

2011

## DEDICATÓRIA

Para meus filhos, João Frederico e Isabel Patrícia, motivos de tudo e maiores colaboradores, com amor.

Para meus pais, duas fortalezas que me conduziram e ainda me amparam.

Ao Frederico, pelo apoio.

Para todos os que produzem e utilizam o conhecimento para a construção de um mundo mais justo, fraterno e de paz.

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar à etapa final da tese não significa, necessariamente, que o trabalho terminou, mas é, obrigatoriamente, um ponto para reflexão sobre sua construção.

E, ao chegar neste ponto, tenho uma grande dívida para com muitos que contribuíram para a realização deste estudo, que não se pagará, posto que não é mensurável, pois envolve generosidade, tempo, carinho, proteção, paciência, compromisso, coragem, aposta, risco, tolerância e resignação. Assim, deverei para sempre a todos que estiveram presentes nesta tese. Estas palavras servirão apenas de lembrança a essas pessoas de como sou grata a elas.

Em primeiro lugar, devo, mas sem responsabilizá-la pelo resultado, à Professora Sulamis Dain, minha orientadora, que me aceitou e me acolheu no Instituto de Medicina Social, a quem agradeço desde a primeira conversa, gesto que demonstrou, por si só, tamanha generosidade, da qual somente aqueles que possuem o brilho e a grandeza de Sulamis são capazes. Agradeço-lhe por tudo: paciência, compreensão, resignação e estímulo para que eu persistisse, mesmo diante das minhas dificuldades, principalmente de tempo. No meu caso, ele é muito ocupado pelo serviço, lugar onde tudo acontece, mas que, a duras penas, cede espaço para a necessária e exigente atividade de refletir, imprescindível para a elaboração de uma tese. A tudo isso Sulamis respondeu sem desistir. Sua orientação constituiu para mim uma honra que será sempre o ponto mais importante de minha história profissional. Suas aulas na UFJF e no Instituto de Medicina Social (IMS) e a leitura de seus trabalhos e dos indicados por ela formaram uma moldura para pensar sobre a configuração do Estado e da sociedade em que o SUS está inserido, ampliando minha compreensão sobre a dimensão dos desafios a serem enfrentados. Por tudo, serei grata.

Ao Professor Doutor George Edward Machado Kornis, que, com sua generosidade, ofereceu sugestões fundamentais para melhorar a organização final do texto apresentado na tese.

Aos professores que aceitaram participar da banca: George Edward Machado Kornis, Roberto Parada, Márcio José Martins Alves e Isabel Cristina Gonçalves Leite, pela generosidade em analisar meu trabalho.

A todos os professores do IMS que contribuíram para que eu ampliasse a compreensão do contexto e das ações que conformam o campo da saúde coletiva, em especial da política e dos agentes políticos que o produzem.

Aos sempre presentes e solícitos funcionários da Secretaria Acadêmica, que me atenderam em todos os momentos do doutorado com uma dose a mais de disponibilidade, por eu não morar no Rio de Janeiro, com constante amabilidade, independentemente do que era solicitado.

Aos colegas do Departamento de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF): Luciana, Edna, Isabel, Zuleika e Adriano, que supriram minhas ausências, demonstrando grande solidariedade e profissionalismo. À Raquel, que, além disso, providenciou o contato com Marcus Pestana, viabilizando a busca de dados e a entrevista.

Entre os colegas, preciso agradecer, especialmente, à Sandra Emília Stoduto Nacle Estefen. Sem ela, nada se realizaria. Amiga, colega e meu *alter ego*, assumiu minhas funções e me tranquilizava quando eu mesma achava que já a estava sobrecarregando. Sempre serei grata pelo encontro de nossos caminhos e pelas jornadas empreendidas juntas, na longa busca e nas pequenas conquistas de um serviço público de qualidade e acessível a todos.

À Graça Marques, outra grande e especial colega e amiga, pelo constante apoio em todas as situações, a mim e aos colegas do Departamento de Saúde Bucal, pelo suporte durante minhas ausências.

Ao Odilon Pereira de Andrade, à época Coordenador do Núcleo de Redes Assistenciais da SS/JF, a quem devo não somente o apoio, deferindo a licença-prêmio do serviço para que eu escrevesse, mas, antes de tudo, devo o contato imediato com a SES/MG, na fase da coleta dos dados. Sem sua colaboração, a realização da pesquisa empírica estaria sob risco.

Ainda na SS/JF, à Eunice Caldas de Figueiredo Dantas, Subsecretária de Redes Assistenciais, pela permissão de trabalhar no ritmo possível, nos últimos meses, para terminar a tese.

Sou muito grata ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Marcus Pestana, responsável e catalisador do processo de mudança empreendido pela SES/MG nos anos de 2003 a 2009, pela atenção para com minha solicitação de dados e informações para o estudo. Agradeço-lhe, também, pela extrema gentileza de disponibilizar seu tempo escasso, concedendo entrevista em

que pude registrar o curso dos acontecimentos relatados por um dos atores principais, validando informações sobre o processo, esclarecendo o papel desempenhado pelas relações intergovernamentais entre o governo estadual e os municípios, o que muito me auxiliou na explicação dos achados da pesquisa empírica.

Ao Francisco Antônio Tavares Junior, assessor-chefe de gestão estratégica da SES/MG, que respondeu rapidamente à solicitação do Secretário de Estado Marcus Pestana e do coordenador Odilon Pereira de Andrade, disponibilizando dados e informações. Depois validou decisões tomadas por mim na metodologia e, durante a análise, discutiu e contribuiu para que o estudo alcançasse mais validade. Sem sua boa vontade e entusiasmo também não conseguiria realizar a pesquisa.

Aos colaboradores de Francisco Tavares e de outros setores da SES/MG que, ao seu chamado, responderam prontamente às minhas necessidades de dados e informações: Lucas Albionti, Ronaldo Vidigal, Fernando Schneider, Rodrigo Martins e Ana Nunes. Numa demonstração de competência gerencial e coleguismo, em menos de uma hora se mobilizaram e no mesmo dia enviaram os dados relativos à SES/MG que subsidiaram este trabalho.

Ao professor Márcio Alves, o amigo Kiko, que organizou a maior parte do banco de dados e processou comigo parte da análise estatística dos dados da pesquisa empírica a partir das questões que levantei, proporcionando-me confiança para seguir adiante.

Aos imprescindíveis e meus “tudo”, João Frederico e Isabel Patrícia e também ao Frederico: pela compreensão, apoio, companhia e conselhos sobre como enfrentar os desafios. Sempre lembrarei com gratidão do verão de 2011 como aquele em que passamos mais horas juntos, distantes do mar e perto dos computadores. Ao Fred, pela organização eletrônica da maioria das referências e do texto.

A todos, meu sincero reconhecimento por colaborarem para que o trabalho chegasse a este ponto.



“É na mudança que as coisas repousam”.

*Heráclito.*

## RESUMO

GUIMARÃES, Maria Aparecida Martins Baêta. *A gestão estadual do SUS em Minas Gerais e seu efeito na regionalização e em alguns resultados de saúde da população*. 2011. 266f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo aborda a atuação da gestão estadual do Serviço Único de Saúde (SUS) sobre o quadro de desigualdades em saúde, analisando o caso do estado de Minas Gerais. A descentralização dos serviços de saúde, no âmbito do federalismo brasileiro, promoveu o ingresso de recursos em todos os municípios, permitindo a incorporação de cidadãos de todas as regiões do país ao sistema. Ao mesmo tempo, a pulverização dos recursos perpetuou as históricas desigualdades ao acesso a serviços de maior complexidade. Esse quadro exige a intervenção do nível estadual para ser alterado. Este é o tema deste trabalho, que analisou o processo de regionalização da assistência à saúde, no período de 2002 a 2009, sob a coordenação da gestão estadual do SUS em Minas Gerais, considerando o cenário federativo brasileiro, em que os municípios são entes autônomos. Os objetivos específicos foram: descrever o processo de regionalização proposto pela gestão estadual para alcançar a melhoria dos serviços públicos e a redução de desigualdades regionais; verificar a extensão da implementação da regionalização nas microrregiões, tomando como referência o gasto de recursos estaduais dirigidos a municípios e a implantação das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais e Macrorregionais; avaliar o efeito da regionalização na rede de serviços e na redução das desigualdades regionais, relativas a recursos, acesso a serviços e em algumas condições de saúde da população, consideradas sensíveis à regionalização. Revisou-se a literatura sobre federalismo, descentralização e relações intergovernamentais e documentos oficiais; utilizaram-se dados secundários sobre recursos e indicadores de saúde e de desenvolvimento. Verificou-se que o processo foi viabilizado por intensa aproximação entre governo estadual e municípios; por uma proposta consistente e pelo aporte de recursos. Constatou-se, ainda, que, no período, ampliou-se o acesso a leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a mamografias; houve desconcentração de recursos e equipamentos na direção de macrorregiões e microrregiões mais desprovidas; os recursos estaduais disciplinaram o gasto federal; e reduziram-se as desigualdades entre as microrregiões em relação a: indicadores socioeconômicos, recursos federais e estaduais, acesso a mamografias e mortalidade por doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Regionalização. Federalismo. Gestão em saúde. Financiamento da saúde. Avaliação.

## ABSTRACT

This study discusses the state level government management of Brazilian Unified Health System (SUS) on inequalities in health, analyzing the State of Minas Gerais, Brazil. Decentralization of health services, in the context of Brazilian federalism promoted the inflow of financial resources in all municipalities, allowing the incorporation of citizens from all regions of the country to the health services system. At the same time, the powdering of resources ensured the continuation of historic inequalities to access to health services of greater complexity. This situation requires the intervention at the state level government to be changed. This is the theme of this study, which examined the process of regionalization of health care services in the period 2002 to 2009, under the coordination of state level government management of SUS in Minas Gerais State, considering the Brazilian federative context, in which municipalities are autonomous entities. The secondary aims were: to describe the process of regionalization proposed by state level government to achieve the improvement of public services and the reduction of regional inequalities; check the extension of the implementation of regionalization concerning the expense of state government resources targeted at municipalities and the deployment of Micro-regional and Macro-regional Intergovernmental Commissions (Comissões Intergestores Bipartites); and to evaluate the effect of regionalization in the network of services, and in reducing regional inequalities related to financial resources, access to services and in some health conditions of the population, considered susceptible to regionalization. The literature on federalism, decentralization and intergovernmental relations and official documents were reviewed; secondary data on resources and indicators of health and development were used. It is noted that the process was made viable by intensified intergovernmental relations between State level Government and municipalities, by a consistent proposal and by allocation of financial resources for the latter. It was also noted that, in the analyzed period, access to Intensive Care Unit and mammograms was widened, that there was deconcentration of financial resources and equipments towards more deprived Micro and Macro-regions, that State governments resources directed federal spending, and that the inequalities between the micro-regions concerning socioeconomic indicators, state and federal governments' financial resources and access to mammograms and cardiovascular diseases mortality were reduced.

Keywords: Regionalization. Federalism. Health management. Financing of Health System. Health policies evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2003-2006.....	181
Figura 2 -	Microrregiões de saúde de Minas Gerais, 2003-2006.....	182
Quadro 1 -	Modelo lógico do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” .....	198
Quadro 2 -	Indicadores utilizados, por categoria, por microrregião.....	200
Gráfico 1 -	Recursos municipais, estaduais e federais alocados nos municípios e total de gasto estadual da SES, <i>per capita</i> , 2002 a 2009.....	214
Gráfico 2 -	Recursos estaduais <i>per capita</i> para municípios, em Reais, por programa, 2002 a 2009.....	222
Gráfico 3 -	Recursos federais e estaduais alocados nos municípios, por macrorregião, em Reais <i>per capita</i> acumulados, antes.....	234
Gráfico 4 -	Recursos federais e estaduais alocados nos municípios, por macrorregião, em Reais <i>per capita</i> acumulados, depois.....	235

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesa dos estados com recursos próprios em saúde, por habitante por ano e por UF, 2002 e 2009.....	88
Tabela 2 - Recursos próprios aplicados em saúde, Minas Gerais, 2002 a 2009.....	212
Tabela 3 - Gastos estaduais, em Reais, com SES, repasses a prefeituras e regionalização, 2002 a 2009.....	219
Tabela 4 - Características selecionadas das microrregiões, no período antes e depois.....	224
Tabela 5 - Gastos por nível de governo nas microrregiões, em Reais <i>per capita</i> , antes e depois.....	230
Tabela 6 - Variação dos gastos por nível de governo, por macrorregião, Reais <i>per capita</i> acumulados, antes e depois.....	233
Tabela 7 - Variação da desigualdade entre microrregiões, antes e depois.....	237
Tabela 8 - Diferenças entre microrregiões com e sem polo macrorregional, Minas Gerais, antes e depois.....	240

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Santo André, São Bernardo, São Caetano
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDMG	Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDI	Companhia de Distritos Industriais
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIE	Colegiado Interfederativo Estadual de Gestão da Atenção e do Sistema
CIR	Colegiado Interfederativo Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários [Estaduais] de Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
COSEMS	Conselho [ou Colegiado] de Secretários Municipais de Saúde

CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSAA	Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
CSLL	Contribuição Sobre o Lucro Líquido das empresas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FERTISA	Fertilizantes S/A.
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FJP	Fundação João Pinheiro
FPE	Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FRIMISA	Frigoríficos Minas Gerais S/A.
FUNDEF	Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
GERAES	Gestão Estratégica dos Recursos e Ações do Estado
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias
ICMS	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFDM	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
IMS	Instituto de Medicina Social

INCa	Instituto Nacional do Câncer
INDI	Instituto de Desenvolvimento Industrial
INS	Índice de Necessidade em Saúde
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IQA	Índice de Qualidade da Água
ISS	Imposto Sobre Serviços
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NHS	<i>National Health Service</i>
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCT	<i>Primary Care Trusts</i>
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PMDES	Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPS	Plano Plurianual de Saúde



ProAcesso	Programa de Pavimentação de Ligações e Acessos Rodoviários aos Municípios
Pro-Hosp	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SETS	Sistema Estadual de Transporte em Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatorial
SIAF	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIH	Sistema de Informações Hospitalar
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SRS	Sistema Regional de Saúde
SSPS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMIN	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidade Federativa
USIMINAS	Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAF	Valor Adicionado Fiscal

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
1	<b>FEDERALISMO: HISTÓRICO E CONCEITOS</b> .....	32
1.1	<b>Federalismo, descentralização e relações intergovernamentais.</b>	36
2	<b>O FEDERALISMO BRASILEIRO</b> .....	70
2.1	<b>Evolução do federalismo brasileiro e suas especificidades</b> .....	70
2.2	<b>O federalismo brasileiro e a questão fiscal</b> .....	72
2.3	<b>A política de saúde no contexto do federalismo brasileiro</b> .....	75
3	<b>A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE</b> .....	87
4	<b>A REGIONALIZAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE</b> .....	100
4.1	<b>Experiências internacionais</b> .....	100
4.2	<b>A regionalização da saúde no Brasil</b> .....	114
5	<b>REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS.</b>	128
5.1	<b>Estudos anteriores sobre a condução da política de saúde pelo estado</b> .....	128
5.2	<b>Breve histórico e caracterização do estado</b> .....	129
5.3	<b>O planejamento governamental em Minas Gerais à procura da redução das desigualdades inter-regionais</b> .....	131
5.4	<b>Inserção das políticas de saúde na agenda do estado a partir do ano de 2003</b> .....	160
5.5	<b>As propostas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período 2003-2009</b> .....	162
5.6	<b>A regionalização da saúde em Minas Gerais</b> .....	167
5.6.1	<u>O Plano Diretor de Regionalização 2001-2002</u> .....	168
5.6.2	<u>O projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”</u> .....	169
5.6.3	<u>O Plano Diretor de Regionalização 2003-2006</u> .....	175
5.6.4	<u>O Pro-Hosp</u> .....	183
5.6.5	<u>A revisão do PMDI em 2007</u> .....	185
5.6.6	<u>Alguns estudos sobre o processo recente de regionalização em Minas Gerais</u> .....	188
6	<b>METODOLOGIA UTILIZADA NA PESQUISA EMPÍRICA</b>	

	<b>QUANTITATIVA.....</b>	<b>195</b>
6.1	<b>Procedimentos preliminares.....</b>	<b>195</b>
6.2	<b>Caracterização do universo e delineamento do estudo.....</b>	<b>205</b>
6.3	<b>Forma de análise dos dados quantitativos.....</b>	<b>208</b>
7	<b>ACHADOS DA PESQUISA EMPÍRICA E DISCUSSÃO.....</b>	<b>211</b>
7.1	<b>Características do estado de Minas Gerais relacionadas ao sistema de saúde.....</b>	<b>212</b>
7.2	<b>Avaliando a implementação da regionalização.....</b>	<b>218</b>
7.3	<b>Mudanças para as populações das microrregiões.....</b>	<b>224</b>
7.4	<b>Alteração na distribuição dos recursos nas microrregiões.....</b>	<b>230</b>
7.5	<b>Aproximação entre microrregiões em relação a recursos, acesso aos serviços e condições de saúde.....</b>	<b>236</b>
7.6	<b>Microrregiões antes menos favorecidas de serviços aumentaram sua capacidade de atender aos seus cidadãos.....</b>	<b>238</b>
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>243</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>252</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>265</b>

## INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho foi analisar a atuação da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais na regionalização de serviços de saúde e seus resultados sobre a redução de desigualdades de acesso e nas condições de saúde da população, nas microrregiões do estado. O período analisado foi de 2002 a 2009.

Pretendeu-se abordar, neste estudo, a execução da política de regionalização pelo estado, considerando-se os dilemas impostos pelo modelo de federalismo brasileiro, em que os municípios são entes federados com autonomia e podem ou não executar as políticas propostas pela União e pelos estados.

O estudo apresenta uma revisão da literatura produzida no Brasil e internacional sobre federalismo, descentralização, relações intergovernamentais, regionalização e sobre as experiências de intervenção dos estados brasileiros e, em especial, de Minas Gerais nas políticas de saúde.

O processo de implementação do projeto “Regionalização da Assistência à Saúde” nas microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais está descrito e sua extensão mensurada pelo volume de recursos estaduais transferidos para elas, para organização da rede de atenção.

A análise compreendeu os anos de 2002 a 2009, por ser esse período representativo da ênfase dada à regionalização pela política nacional de saúde e da opção feita pelo governo do estado de Minas Gerais de assumir seu papel como ente coordenador do processo para a promoção de redução de desigualdades no acesso a serviços, no âmbito do estado.

O estudo das informações sobre Minas Gerais para elaboração deste trabalho foi, para a autora, um exercício de duas naturezas: um afetivo e o outro profissional.

O exercício afetivo foi o estudo das qualidades do estado que o fazem repleto de possibilidades e de desigualdades.

É rico em recursos naturais e de uma gente que abre a porta da sala com cerimônia e chama para a cozinha se a visita é de casa e pode compartilhar desse universo que traduz a alma do mineiro, não só do centro de Minas, mas de todos os cantos, mesmo no tempo em que a estrada da informação coloca o mundo em toda casa, em tempo real.

Foi, também, exercício afetivo aproximar das regiões e verificar que ainda estavam presentes características da precariedade e da riqueza resultantes de sua história, registradas há mais de um século nos mapas do estado.

Ainda afetivo, mas já fundido ao exercício profissional, foi retomar um desejo de observar os resultados dos esforços de servidores públicos e gestores de um estado tão desigual, para melhorar o lugar onde vivem. Esse desejo foi tramado há nove anos, quando a autora esteve trabalhando diretamente num órgão de gestão regional de saúde.

Como exercício profissional, procurou-se localizar resultados do esforço empreendido num período de oito anos (2002 a 2009) com o compromisso de servidora pública estadual que trabalhou na assistência, na gerência ou na gestão, forjado há 24 anos e reforçado pelo contato com a Fundação João Pinheiro (FJP), em 1995.

Nesse período de tempo, esta autora acompanhou a evolução do Sistema Único de Saúde e constatou que a perene escassez de recursos financeiros esteve frequentemente acompanhada pela ausência de gestão mais comprometida com a finalidade para o qual o sistema foi construído, expresso nas diretrizes constitucionais.

Sendo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para a autora do presente estudo, a referência para o trabalho com intenção de transformação da vida das coletividades, por meio da ação política exercida pelo planejamento e pela gestão, então, ao ter a oportunidade de empreender a realização de uma tese, em um momento de proposição de mudanças, estudá-las foi uma escolha natural e obrigatória.

Este estudo partiu do pressuposto de que o Estado brasileiro necessita implementar os mandamentos constitucionais referentes à política de saúde para consolidar o SUS, aproximando-o dos sistemas de saúde de países que estabeleceram modelos de proteção social mais inclusivos.

O SUS, ao completar duas décadas de existência, acumulou conquistas notáveis, como a extensão da condição de cidadania a toda a população, viabilizando o direito universal à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, e a alteração, para melhor, de importantes indicadores de saúde.

Ao lado das conquistas permaneceram desafios, como a promoção da equidade, lembrada no Pacto pela Saúde de 2006, que afirmou, na sua dimensão

Pacto de Gestão, ter partido da indiscutível constatação de que o Brasil é um país continental com muitas diferenças e iniquidades regionais, propondo que a gestão do sistema avance na regionalização para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde retomou a determinação do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, de que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. A regionalização é assumida como diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo nortear a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores.

A referência à redução das desigualdades sociais e promoção da equidade alinha o desafio do SUS, explicitado na norma legal, aos dos sistemas de saúde universais europeus e do Canadá. Estes colocaram o tema na pauta de suas discussões durante ou após as reformas empreendidas nas duas últimas décadas, com forte componente de busca pela eficiência, que envolveram, inclusive, a regionalização.

A equidade, inserida no contexto de princípios igualitários de sistemas de saúde, como é o caso do SUS, refere-se à possibilidade de se receber tratamento de acordo com a necessidade e com a capacidade que o sistema tem de financiá-lo. A definição é simples, mas útil para ser compreendida e aplicada no âmbito dos cuidados médicos, das políticas públicas e da ética (KOIVUSALO; WYSS; SANTANA, 2007).

As desigualdades ou disparidades em relação à saúde e a outras áreas da vida de indivíduos e populações existem e algumas delas podem ser enfrentadas pelos sistemas de saúde. O tema desta tese não é a discussão das desigualdades, mas a defesa de que o ente estado, na federação brasileira, tem papel necessário e insubstituível para enfrentá-las.

Assim, os termos desigualdade e equidade foram usados com o mesmo sentido que lhes foi atribuído nos documentos oficiais do governo do estado de Minas Gerais, que explicitaram intenções ou objetivos das políticas.

Por exemplo, o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2003-2020 (MINAS GERAIS, 2003a), em seus objetivos prioritários, ao se referir à proposta de “Melhoria e ampliação dos serviços públicos”, em relação à saúde, expressou:

Quanto à saúde, as orientações estratégicas para suas ações referem-se, principalmente, à reorganização da oferta em relação à demanda, promovendo equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais e a promoção de ações integradas entre as diversas áreas do governo, de modo a potencializar seus resultados. Foram definidas três grandes prioridades: reduzir a mortalidade infantil; ampliar e qualificar os serviços das equipes de saúde da família; e prosseguir na descentralização do atendimento nas várias regiões do estado (MINAS GERAIS, 2003a).

O termo, no documento, tem conotação de equidade em relação a acesso a serviços assistenciais. Outras vezes, surge o termo desigualdade referindo-se à condição contrária à equidade, como, por exemplo, a diferença entre regiões do estado.

Assim, como este trabalho pretendeu analisar a atuação do governo estadual, restringiu-se a este uso do termo, não cabendo estender a discussão recorrente na literatura sobre os vários conceitos de equidade ou desigualdade.

No momento em que necessitou operacionalizar o conceito ao mensurar diferenças entre regiões, este estudo se valeu dos conceitos apresentados por Dain (2003), que propôs uma estrutura conceitual e operacional sobre a exclusão na proteção social para a saúde.

A autora destacou que há três diferentes significados para equidade em saúde. O primeiro se refere à desigualdade nas condições de saúde na população; o segundo enfatiza aspectos relativos à alocação de recursos; e o terceiro trata de acesso e utilização de serviços.<sup>1</sup>

Nos sistemas europeus têm-se discutido os efeitos da descentralização sobre a equidade. Algumas conclusões de Koivusalo *et al.* (2007) podem ser úteis para o sistema brasileiro:

- É necessário manter transferências de recursos entre grupos populacionais e áreas geográficas. E descentralizar a administração, além do financiamento, pode ser problemático se as transferências através das áreas geográficas forem realizadas sem destinar financiamento específico para a saúde;
- na Europa há pouca evidência de que a descentralização aumentou a equidade, sendo mais provável que o aumento na autonomia local ou regional aumente a variação entre áreas, podendo-se corrigir esse efeito por meio de recentralização da regulação, estabelecimento de parâmetros e critérios de desempenho e transferências de recursos entre áreas e grupos. Essas

---

<sup>1</sup> Para discussão aprofundada sobre conceitos de equidade e sua mensuração, ver Braverman (2006); para atualizar a discussão dos conceitos na literatura nacional, ver Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009).

medidas significariam limitar o escopo da autonomia. Portanto, a descentralização necessitaria ser complementada pela recentralização e melhoria da coordenação das atividades;

- a descentralização de responsabilidades com a diminuição de recursos tem implicações negativas sobre a capacidade de manter a equidade, pois incentiva a criação de mecanismos mais regressivos de financiamento, por meio de taxaço local sobre os usuários e mecanismos adicionais de financiamento, como seguro privado voluntário (KOIVUSALO; WYSS; SANTANA, 2007).

No Brasil, a tradução dessas recomendações não passaria, necessariamente, pela mudança da condição de autonomia do ente municipal, nem pela recentralização para o governo central das ações e serviços do SUS. Mas atenderia ao que o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006a) orientou sobre a regionalização, já que as dimensões territoriais do país quase se equivalem à de toda a Europa, havendo grandes diferenças entre os quadros político, socioeconômico, administrativo e as formas de organização do Estado e, mesmo nos Estados federais, no arranjo federativo das duas realidades.

Mas refletir sobre o exemplo dos sistemas europeus pode orientar escolhas na condução do SUS, para reduzir as desigualdades, como indicou o Pacto de Gestão, respeitadas as diferenças de contextos.

O estado de Minas Gerais apresenta disparidades regionais diagnosticadas há mais de um século, tempo que duram, também, as tentativas para sua superação, já inscritas no primeiro plano de governo do período republicano, o de João Pinheiro (DULCI, 2005).

O quadro de disparidades em relação à saúde permaneceu, chegando ao século XXI ainda como um desafio a ser enfrentado pelos governos.

Esse desafio é ampliado, considerando o federalismo brasileiro, em que municípios são entes autônomos, havendo também centralização da definição de políticas de saúde pelo nível federal de governo, pelo seu poder de financiamento, não tendo sido fortalecido o papel do nível estadual, nas duas décadas de existência do SUS (DAIN, 2000).

Em suas diretrizes, o Pacto pela Saúde de 2006 reconheceu a existência das dificuldades intrínsecas à forma de organização federativa do Brasil, em que há três



entes com grau semelhante de autonomia dada pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), quando ressaltou a necessidade de promover a regionalização solidária e cooperativa como norteadora do processo de descentralização das ações e serviços e a integração das várias formas de repasse dos recursos da saúde das três esferas de governo (BRASIL, 2006a).

Ao listar as atribuições de cada esfera de governo no processo de regionalização, o Pacto pela Saúde orienta que cada nível contribua e coopere, mencionando a coordenação pelos estados e União, mas não deixa claro o protagonismo de nenhum dos entes. Isso é compreensível, em se tratando de um pacto escrito e assinado pelos representantes dos três níveis de governo, das 27 unidades federativas e de mais de cinco mil municípios.

Cabe a questão de definir de quem é, de fato, a responsabilidade da regionalização para alcançar o objetivo de promover a equidade ou reduzir as desigualdades.

Esta é a tese que este trabalho defende: somente o ente estadual tem capacidade de alcançar o objetivo de reduzir desigualdades de acesso a serviços e de condições de saúde, no contexto do federalismo brasileiro.

A hipótese que guiou este trabalho foi a de que o envolvimento e a coordenação da gestão estadual são condições necessárias para promover a redução das desigualdades ou buscar a equidade entre as regiões, no que se refere ao acesso aos serviços e a melhores condições de saúde.

Para verificar essa hipótese, estudou-se o caso de Minas Gerais, tomando-se como objeto a gestão estadual do SUS, no período de 2002 a 2009.

O período foi escolhido por ser representativo da ênfase dada à regionalização pela política nacional de saúde e da opção feita pelo governo do estado de Minas Gerais, mais claramente a partir de 2003, de assumir o papel de coordenador dessa política, no âmbito do estado, para alcançar a redução das desigualdades inter-regionais relativas à saúde.

Defende-se, portanto, que o meio para a superação das disparidades - que é a organização dos serviços do SUS em rede regionalizada, que leva o acesso aos serviços a todos os municípios e microrregiões, alcançando aquelas onde o direito do cidadão é menos atendido do que o daquele que vive no centro de Minas ou em outra região mais abastada - deve ser responsabilidade do governo estadual.

Deste modo, este trabalho se filia à proposição de Bodstein (2002), quando chama a atenção para a necessidade de se delimitar o que de fato deve ser avaliado, tendo em vista os princípios e valores do SUS.

A autora argumenta que panoramas estaduais e municipais favorecem ou não a descentralização, sendo importantes as análises qualitativas, os estudos de caso e as abordagens comparativas (BODSTEIN, 2002). A pesquisa empírica empreendida investigou o caso da regionalização em Minas Gerais e pretendeu averiguar se as estratégias da gestão alcançaram seus objetivos de reduzir desigualdades entre regiões.

Entende-se que a coordenação estadual é condição necessária, mas não suficiente, já que depende da adesão do ente municipal às políticas.

A gestão estadual do SUS de Minas Gerais, a partir de 2003, colocada diante do antigo desafio de redução das desigualdades entre regiões, novamente inscrito na agenda do governo do estado, estabeleceu-se como responsável pela sua superação, conforme expresso nos documentos oficiais, elegendo a regionalização como o caminho para alcançar esse objetivo.

Coordenar a regionalização da assistência à saúde e alcançar seu objetivo de reduzir desigualdades pode ser um processo complexo e tarefa de difícil execução. Sua efetivação pressupõe a adesão dos municípios às proposições de políticas do gestor estadual do SUS, numa configuração que não favorece essa opção, diante das condições de financiamento e das diretrizes do nível federal, que privilegiou a relação direta com municípios (DAIN, 2000).

Para estabelecer uma rede regionalizada de serviços, o gestor estadual precisaria superar a municipalização arraigada instaurada a partir da normatização do sistema e do seu modelo de financiamento instituído ao longo da década de 1990.

A superação da municipalização denominada autárquica por Silva e Mendes (2004) e a implementação da regionalização dependem do esforço empreendido pela gestão estadual, traduzido por investimento de recursos estaduais novos e pela negociação e estabelecimento de acordos com os governos municipais, para promover a cooperação intergovernamental entre municípios e entre estado e municípios.

Então, em um primeiro momento, neste estudo, registrou-se o percurso da gestão estadual para executar a política de regionalização e a extensão dessa implementação.

A partir disso, buscou-se avaliar seu efeito na redução de desigualdades no acesso aos serviços e em algumas condições de saúde da população, no nível das microrregiões de saúde conformadas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Se ocorrer mais disponibilidade de serviços e diminuição das diferenças de acesso a eles e das condições de saúde entre as microrregiões do estado, caminhou-se para a equidade. Se, ao final da análise, detectar-se que as microrregiões eram mais diferentes entre si, quando não havia a coordenação da gestão estadual e passaram a ser menos diferentes ou mais próximas entre si, depois do envolvimento do ente estadual na implementação da regionalização, então se confirmará a hipótese desta pesquisa de que a coordenação do gestor estadual é condição necessária para a promoção da equidade.

Esta investigação teve a intenção de abordar a atuação da gestão estadual de saúde em Minas Gerais no processo de regionalização, contextualizando-a no arranjo federativo brasileiro, buscando relatar o caminho percorrido para enfrentar as dificuldades de se cumprirem determinações de normas legais do SUS, pela posição do ente estadual nesse arranjo e sua busca para reduzir as diferenças inter-regionais no estado.

Escolheu-se esta abordagem pela vivência da pesquisadora no serviço público de Minas Gerais, no nível regional e no município de Juiz de Fora, e pela aproximação com as discussões sobre as relações intergovernamentais nos estudos sobre federalismo nas disciplinas ministradas por Sulamis Dain, no Instituto de Medicina Social, que suscitaram a leitura de Marta Arretche, Luciana Dias de Lima, Sérgio Prado e Celina Souza, entre outros.

Esses autores que trataram do tema das relações intergovernamentais e das questões fiscais no cenário do federalismo brasileiro, abordando seus efeitos no SUS, que dificultam a conformação de redes assistenciais devido aos conflitos verticais, auxiliaram a compreensão da situação federativa brasileira. Todos eles levantaram e demonstraram, nas suas áreas de estudo, a necessidade da rediscussão do pacto federativo brasileiro para a coordenação das políticas e para a cooperação entre os níveis de governo, para que os resultados das políticas beneficiem o cidadão.

A necessidade de superar as desigualdades em saúde entre regiões brasileiras foi explicitada pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e o tema da equidade foi pautado pelas agências internacionais que propõem estratégias de combate à pobreza e à exclusão social na América Latina (DAIN, 2003). A norma do SUS e a estrutura proposta por Dain (2003) foram úteis como ponto de partida e pano de fundo para empreender a análise e compreender o processo e os efeitos da regionalização como meio de buscar equidade.

A discussão da relação entre descentralização e equidade nos sistemas de saúde dos *welfare states* europeus (KOIVUSALO; WYSS; SANTANA, 2007; PAVOLINI, 2009) mostrou que o SUS, que idealiza se transformar num sistema mais próximo daqueles dos *welfare states* mais inclusivos, contra-hegemônico em um país em desenvolvimento, está exposto a desafios semelhantes aos enfrentados pelos sistemas dos países desenvolvidos. O trabalho desses autores mostrou que é necessário monitorar e avaliar as políticas para verificar se cumprem sua intencionalidade, mesmo se esta for virtuosa.

Nesta pesquisa, traçou-se como objetivo geral analisar a gestão estadual do SUS em Minas Gerais no seu papel de coordenadora do processo de regionalização da assistência à saúde, no período de 2002 a 2009, para alcançar a redução das desigualdades inter-regionais relativas à saúde no estado, considerando a federação brasileira, em que os municípios são entes dotados de autonomia.

Os objetivos específicos do estudo foram:

- Descrever o processo de regionalização da assistência à saúde no estado de Minas Gerais, no período 2002 a 2009, tomando como referência o projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”, proposto pela gestão estadual do SUS para alcançar os objetivos de melhoria dos serviços públicos e de redução de desigualdades regionais, inscritos no Plano Mineiro de Desenvolvimento 2004-2007, no Plano de Ação Governamental 2004-2007 e no Plano Plurianual de Saúde 2004-2007.
- Verificar a extensão da implementação da regionalização da assistência no período de 2002 a 2009, como definida nos instrumentos de planejamento e gestão do estado, tomando como referência o gasto de recursos estaduais dirigidos a municípios para o projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”, nas microrregiões do estado, e a implantação das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais e Macrorregionais.

- Avaliar o efeito da implementação do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” sobre a rede de serviços e na redução das desigualdades regionais, relativas à distribuição de recursos e ao acesso a serviços (leitos hospitalares, leitos de Unidade de Terapia Intensiva, mamógrafos, mamografias e internações) e em algumas condições de saúde da população, que são consideradas sensíveis à regionalização da assistência.

Há uma lacuna no conhecimento sobre o papel e a capacidade dos governos subnacionais, do nível estadual, de conduzir políticas no SUS, traduzida pelo reduzido número de estudos que tratam dessa análise. Em parte, essa escassez de estudos se explica pelo próprio modelo de descentralização adotado no Brasil, que privilegiou a municipalização.

Embora existam vários estudos que tratam das relações intergovernamentais, este trabalho visou a preencher uma lacuna, analisando uma experiência de gestão e produzindo evidência empírica para defender a tese de que a condução da política de saúde pelo ente estadual é condição necessária para a organização de um sistema regionalizado que reduza diferenças entre regiões e indivíduos, portanto, para promover equidade.

Confirmada a hipótese, esta pesquisa poderá contribuir com uma indicação de métodos para a atuação da gestão no nível estadual do SUS, na organização de redes regionalizadas de serviços que promovam a equidade.

Além disso, os resultados poderão indicar a necessidade de revisão das normas do SUS no que se refere às relações interníveis de governo e ao financiamento, atribuindo mais peso e reavaliando a participação da esfera estadual na partilha de recursos federais vinculados à saúde, seguindo o modelo canadense. Como exemplo, cita-se o do Canadá, em que o governo central distribui recursos para as províncias responsáveis por organizar as redes de atenção em sua jurisdição, inclusive descentralizando atribuições para o nível local.

Acrescente-se, ainda, o que este trabalho traz de inédito e que pode contribuir para a gestão e para estudos posteriores:

- Produção de evidência empírica sobre os resultados da atuação da gestão estadual do SUS sobre a disponibilidade e acesso a serviços de saúde, no nível microrregional;

- produção de evidência empírica sobre o resultado da aplicação do método de gestão utilizado e da forma de relação intergovernamental estabelecida pela gestão estadual com municípios, no período analisado;
- produção de evidência empírica sobre a atuação da gestão estadual para reduzir desigualdades;
- produção de séries históricas de recursos distribuídos pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para municípios e microrregiões;
- mensuração de desigualdades em características relacionadas à saúde entre microrregiões do estado de Minas Gerais.

Mesquita (2010), em seu estudo sobre a regionalização no estado do Espírito Santo, concluiu que o fortalecimento dos estados seria um pressuposto para a organização do sistema em rede regionalizada. A gestão estadual deveria exercer o papel de coordenadora nas configurações e pactuações regionais entre municípios. Em Minas Gerais, o governo do estado, a partir de 2003, assumiu esse papel.

Por isso, há interesse em apurar se os esforços empreendidos pela gestão estadual e por todos os envolvidos, incluindo os servidores estaduais, resultaram em mudança e, se mudanças ocorreram, quais foram elas.

Com vistas a responder e discutir essas questões, este trabalho foi organizado em sete capítulos. Os quatro primeiros constituem a base teórica que apoiou o desenvolvimento da pesquisa empírica, sendo uma síntese da compreensão da autora sobre o tema e o universo tratado na tese.

O **primeiro capítulo** apresenta conceitos relacionados ao federalismo e traça um histórico da opção pelo sistema federativo, a partir das primeiras experiências federalistas adotadas. Mostra, ainda, a discussão sobre a adequação desta forma de estado ao mundo contemporâneo e suas implicações em relação à distribuição de poder nos estados federais. Apresenta e discute o processo de descentralização em estados federais e as relações intergovernamentais em países selecionados.

O **segundo capítulo** descreve um histórico da adoção do estado federal no Brasil e a forma do Estado federal brasileiro e sua singularidade entre as federações no mundo. É uma base para o entendimento das relações intergovernamentais estabelecidas e suas implicações e desafios para forjar um sistema de saúde tripartite. As relações intergovernamentais no âmbito da partilha dos recursos fiscais

entre as três esferas de governo são, também, abordadas nesse capítulo, que revela a trajetória de participação dos entes nas receitas disponíveis ao longo das últimas décadas, o que pode ser uma explicação do desempenho dos estados nas políticas públicas. A literatura consultada auxiliou a compreensão das dificuldades encontradas na divisão dos recursos da saúde entre os níveis e o efeito de suas regras de financiamento no resultado final da partilha de todos os recursos fiscais. Por fim, ainda no segundo capítulo, discorre-se sobre as políticas de saúde no contexto do federalismo brasileiro, no qual os autores mostram como a forma de organização federativa influencia e, mesmo, determina a formulação, o financiamento, a regulação e a execução da política de saúde. Ainda é discutido o peso da forma federativa na efetividade das políticas, dada a singularidade da federação brasileira.

O **terceiro capítulo** trata da experiência brasileira de participação do nível estadual na política de saúde, apresentando suas contribuições para o fortalecimento da atenção básica e suas tentativas de coordenar o sistema.

No **capítulo quatro** é abordada a regionalização de sistemas de saúde, sendo a primeira seção dedicada a apresentar experiências internacionais de regionalização de sistemas de saúde em estados federais ou unitários. Na segunda seção, apresentam-se os movimentos de regionalização do SUS, na década de 2000, relatando e discutindo as normas legais e acrescentando a análise dessa experiência, realizada por dois estudos de autores brasileiros.

O **capítulo cinco** responde ao primeiro objetivo específico deste estudo, descrevendo o processo de regionalização empreendido em Minas Gerais, passando pela iniciativa tomada pela Secretaria de Estado de Saúde, ainda no ano 2000, e, em seguida, toma como referência o projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” e os programas nele abrigados, a partir de 2003 até 2009. As seis seções dispõem o resultado da leitura de documentos oficiais e de alguns estudos já publicados sobre o tema, além da consulta a atores que participaram do processo, para melhor compreender a ação da gestão estadual na busca de alcançar os objetivos definidos no plano de governo e nos instrumentos de planejamento estaduais.

O **capítulo seis** pormenoriza a metodologia adotada na pesquisa empírica quantitativa para atender ao segundo e ao terceiro objetivos específicos traçados. É apresentado o modelo lógico do projeto “Regionalização” construído pela autora

para o propósito de contextualizá-lo e avaliá-lo; são, ainda, relacionados os indicadores utilizados para avaliação e descritas as etapas e os procedimentos analíticos. Para essa análise, utilizou-se de dados secundários sobre o cenário socioeconômico, demográfico e de saúde das populações sobre a estrutura e processos dos serviços alocados nas microrregiões de saúde em que se divide o território mineiro.

Os achados da pesquisa empírica sobre o caso de Minas Gerais são apresentados e discutidos no **capítulo sete**. Respondendo às questões levantadas, os resultados das análises da regionalização, a variação dos indicadores no período e a verificação da aproximação ou distanciamento entre as microrregiões são descritos e discutidos. Esses achados formam a base para a tese defendida pela autora.

As **considerações finais** sintetizam os achados e apresentam, a partir deles, recomendações para a prática e para a pesquisa.



## 1 FEDERALISMO: HISTÓRICO E CONCEITOS

O termo federalismo pode ser usado para atribuir significados a dois objetos distintos: em uma primeira acepção, designa a teoria do Estado federal; na segunda acepção, o termo se refere à visão global da sociedade.

A teoria federalista se constituiu, do ponto de vista histórico, a partir da experiência da negação da divisão da humanidade em Estados soberanos. Tendo essa divisão se manifestado nos estados nacionais europeus, o federalismo emergiu como negação do Estado nacional.

O ideal federalista manifestou-se no componente cosmopolita da Revolução Francesa, na obra de Kant e de Saint-Simon, mantendo-se vivo durante os séculos XIX e XX. Esteve também presente, no século XIX, nos programas pacifistas, nos congressos pela paz e de juristas e nas correntes liberal, democrática e socialista, numa demonstração de que os valores adotados por essas correntes não se limitavam a um único país, mas eram ideais universais (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000).

Alguns dos elementos essenciais da teoria federalista, entendida como doutrina social global, foram formulados por Kant no início da era do nacionalismo. Em sua reflexão sobre a convivência entre Estados e sobre o modo como esses garantiriam seus direitos, o filósofo descartou a guerra, já que o direito não poderia ser decidido por ela, nem por seu resultado favorável, a vitória.

Kant entendia que um tratado de paz poderia pôr fim à guerra, mas não à situação de guerra, uma vez que os beligerantes poderiam encontrar novo motivo para reiniciá-la, afirmando que o estado de paz somente poderia ser garantido por um pacto entre os povos, devendo existir uma federação da paz (*foedus pacificum*), distinta do pacto de paz (*pactum pacis*) (KANT, 1998).

O pacto de paz terminaria com uma guerra, enquanto a federação da paz acabaria com todas as guerras, alcançando-se a paz perpétua.

Esse pensamento não era, ainda, a negação do Estado nacional, mas da guerra e da anarquia internacional, denunciando-as como causas fundamentais da mutilação e impedimento do livre desenvolvimento do homem.

Para Kant, o direito internacional e o equilíbrio entre as potências não eram eficazes para manter a paz, afirmando que somente o federalismo permitiria estabelecê-la, definindo-o como exigência para a unificação dos povos que emergiram na história, após a Revolução Francesa, propondo que estes se organizassem em um governo supranacional.

Para se alcançar o objetivo da paz perpétua, os Estados que participassem da federação mundial deveriam obedecer a uma Constituição Republicana, sendo esta a única forma de governo capaz de garantir a liberdade e a igualdade entre cidadãos.

O primeiro exemplo de pacto federal entre Estados soberanos é a Constituição dos Estados Unidos da América, que é, também, a experiência mais importante na história das instituições federais e trouxe um novo instrumento político com a finalidade universal da paz perpétua. Esse instrumento teve mais a intenção de resolver os problemas políticos dos americanos do que ser modelo de governo para a sociedade das nações.

O princípio constitucional sobre o qual se baseia o Estado federal é o da pluralidade de centros de poder soberanos coordenados. Nesta forma de Estado, o governo federal tem competência sobre todo o território da federação e quantidade mínima de poderes indispensáveis para garantir a unidade política e econômica. Aos estados federados, que têm competência sobre o próprio território, são dados os demais poderes.

O governo federal é fortemente limitado (diferentemente do estado nacional, que busca a homogeneidade de todas as comunidades naturais que existem no seu território, impondo a mesma língua e mesmos costumes) porque os estados federados são dotados de poderes suficientes para se governarem com autonomia (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000).

É raro ocorrer coincidência entre Estado e Nação, havendo nações em que seus membros se distribuem entre vários estados, ocorrendo também o oposto, quando, entre os componentes do povo de um Estado, há indivíduos de diferentes grupos nacionais.

Um exemplo contemporâneo desse arranjo se encontra no continente africano, o que tem levado os Estados (que têm características plurinacionais e fronteiras que resultam do domínio imperialista do século XIX) a se organizarem de maneira a obter a unidade na diversidade, possibilitando a convivência harmônica

das comunidades ou proibindo discriminações ou assegurando a participação de todos no exercício do poder político; uma expressão dessa busca é a frequente adoção da organização federativa.

Estados são unitários quando têm poder central, que é a cúpula e o núcleo do poder político, e são Estados federais quando há vários centros de poder político autônomo.

O Estado federal é uma forma de Estado, e não de governo. Porém, há estreita relação entre a adoção da organização federativa e a forma como se deseja resolver os problemas de governo, pois quando se opta por uma federação, entende-se que essa forma de convivência foi considerada mais conveniente para que, sob um governo comum, dois ou mais povos busquem alcançar objetivos comuns. O surgimento, em períodos recentes, de muitos Estados federativos deve significar que esse tipo de organização de Estado é visto como capaz de corresponder às necessidades e aspirações fundamentais do mundo contemporâneo (DALLARI, 2010).

Para entender, segundo Dallari (2010), os motivos para o aumento de prestígio do Estado Federal, é necessário buscar suas origens, objetivos, características e evolução.

A palavra federal tem sua origem na palavra latina *foedus*, que na tradução da palavra hebraica *Abrit*, na Vulgata, significa contrato, pacto (ELAZAR, 1991).

O Estado federal é um fenômeno moderno, que só apareceu no século XVIII, apesar de ter havido alianças entre Estados antes disso, porém, quase sempre temporárias e dirigidas a determinados objetivos, não implicando a totalidade de interesses de todos os integrantes. O primeiro exemplo dessa união total e permanente é a Confederação Helvética, surgida em 1291, mas transformada no Estado federal da Suíça somente em 1848.

Considera-se que o Estado federal nasceu, de fato, com a Constituição dos Estados Unidos da América, em 1787, quando as 13 colônias britânicas (que em 1776 declararam sua independência, passando cada uma a constituir um novo Estado) celebraram entre si um tratado, conhecido como Artigos da Confederação, aliando-se para uma ação conjunta visando, sobretudo, à preservação da independência (DALLARI, 2010).

No Estado federal, as atribuições da União e as das unidades federadas são fixadas na Constituição, por meio da distribuição de competências. Não existe

hierarquia na organização federal, porque a cada esfera de poder corresponde determinada competência e a cada esfera de competências se atribui renda própria. Atribuir competência é atribuir encargos, sendo indispensável, portanto, que se assegure fonte de rendas suficientes a quem tem encargos, para haver autonomia política de fato, pois, ao contrário, a autonomia será apenas nominal.

O desenvolvimento nos transportes, na comunicação social na tecnologia e na organização da indústria produziu pressões sobre os Estados, tendo se desenvolvido duas fortes motivações, interdependentes, embora distintas e opostas: o desejo de construir um estado moderno e eficiente e o de manter a identidade.

O desejo de progresso, melhoria dos padrões de vida, de justiça social é comum a todas as sociedades, bem como a consciência da interdependência de todo o mundo e de que os avanços da tecnologia permitem a construção ou destruição em massa.

A segunda motivação surge do desejo por unidades políticas menores, de autogestão que respondam mais ao indivíduo e de dar expressão a aspectos que fornecem a base para o sentimento de identidade de uma comunidade e para a autodeterminação. Para compatibilizar esses dois tipos de pressão, o Estado federal tem sido considerado uma solução.

O federalismo é uma organização constitucional que permite ações por um governo compartilhado para certos objetivos comuns juntamente com ações por unidades de governo autônomas para propósitos relacionados à manutenção da distinção em que cada nível tem responsabilidade para com seu eleitorado. Atualmente, 40% da população do mundo vivem em países considerados federações e muitas são multiculturais ou multinacionais em sua composição.

Esses aspectos contribuíram para o interesse contemporâneo pelo federalismo como forma de organizar o compartilhamento e a distribuição de poder político de modo a permitir que as necessidades comuns das pessoas sejam atendidas e haja acomodação da diversidade (WATTS, 2002).

O federalismo relaciona-se “à necessidade das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingirem objetivos comuns e, ainda assim, se manterem separadas para preservar suas respectivas integridades” (ELAZAR, 1991).

## 1.1 Federalismo, descentralização e relações intergovernamentais

Para entender a necessidade da atuação do ente estadual na política de regionalização dos serviços de saúde, julgou-se de interesse o conhecimento dos antecedentes do processo de descentralização adotado pela política de saúde nos anos 1990.

Considera-se que a municipalização radical da saúde gerou efeitos não desejados (DAIN, 2000; MENDES, 2001a). Os fatores que explicam essa trajetória da política social de saúde no Brasil situam-se em um contexto de mudanças políticas mais amplas e profundas no cenário global, combinadas ao momento político de redemocratização vivenciado pelo país, em fins dos anos 1970 até meados da década de 1980.

Por sua vez, esses fatores têm seus antecedentes num período histórico marcado pelo centralismo, o da formação dos estados nacionais.

A constituição dos estados nacionais modernos foi um processo de progressiva centralização de poder para garantir soberania, evitar a fragmentação de territórios e invasões, havendo, para isso, a necessidade de um governo central forte e estruturador da política nos territórios integrados.

O processo histórico da centralização pode ser mais bem compreendido levando-se em consideração, além de seus aspectos funcional e organizativo, a necessidade de superação dos vários centros de poder de origem feudal. Assim, chegou-se ao Estado territorial concentrado e unitário, por meio da racionalização da gestão do poder e da organização política, decorrentes da evolução das condições históricas materiais na Europa, no período que se estendeu do século XIII ao XVIII (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000).

Esse processo atingiu o plano institucional e o organizativo, tendo sido forjada uma máquina administrativa (organização dos serviços) para atender aos interesses dos estratos sociais que sustentavam a ordem estatal em cada momento histórico.

Pode-se resumir que a formação do Estado moderno se caracterizou por dois elementos constitutivos: a presença do aparato administrativo com a função de prover serviços públicos e o monopólio legítimo da força.

O fortalecimento do poder do governo central se estendeu por todo o período imperialista do final do século XIX e início do século XX, pela sua importância para

garantir mercados; avançou até os anos 1930, quando a primeira grande crise do capitalismo no século XX e a resposta do pensamento keynesiano justificaram e legitimaram a intervenção do poder central do Estado.

Essa intervenção ocorreu até mesmo nos Estados Unidos, com a política do *New Deal* de Roosevelt, para salvar a economia e proteger a sociedade, superando a ideia clássica de que ao Estado cabia apenas garantir a justiça e defender o território nacional e não intervir na vida social.

Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, os Estados industrializados estenderam suas redes de serviços sociais, estabeleceram cargas fiscais mais progressivas e fizeram intervenções para a manutenção do emprego ou da renda de desempregados.

Um grau mais alto de intervenção trouxe, como consequências, o aumento da participação da despesa pública no produto nacional bruto, a ampliação e a maior complexidade das estruturas voltadas para serviços sociais. Houve aumento do número e da importância dos profissionais ligados ao *welfare state*, constatando-se, também, o aperfeiçoamento das técnicas de avaliação das necessidades sociais e melhor conhecimento do impacto das várias formas de assistência na redistribuição de renda e na estratificação social (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000).

A ampliação da oferta de serviços públicos gerados pelas políticas de proteção social, a partir da instituição dos *welfare states* pelos governos centrais, exigiu a transferência de receitas e a ampliação de estruturas administrativas de governos subnacionais.

Dessa forma, a intervenção do governo central se deu em três vertentes: a econômica, que seguiu a orientação do pensamento keynesiano; a social, com a construção dos *welfare states*; e a burocrática weberiana, para sustentar as outras duas. Essas intervenções ocorreram em ambiente de ampliação da democracia e da cidadania nos países desenvolvidos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, as burocracias dos governos subnacionais se aprimoraram para melhor utilizar as subvenções (*grants*) do governo federal, recebidos desde a era Roosevelt e aumentados pelo programa *Great Society*, de Lyndon Johnson (ABRUCIO, 2006).

No Brasil, o período de construção do Estado nacional desenvolvimentista marcado pela intervenção estatal, com poder mais concentrado no governo central, ocorreu entre 1930 e 1980, com alternância de períodos democráticos e autoritários

e com a tentativa de construção de um *welfare state* tardio, convivendo, segundo Dain (2000), com tendências contraditórias de reforço e desmantelamento dos sistemas universais de proteção.

Embora os mecanismos de previsão e controle dos gastos públicos tenham se aperfeiçoado, no final da década de 1960 as despesas aumentaram mais rapidamente do que os recursos, nos países onde havia maior cobertura de seguro social, provocando a crise fiscal do Estado.

Fiori (1994) insere a descentralização e a discussão sobre o federalismo, inclusive no Brasil, em um panorama de mudanças macroeconômicas globais com consequências não previstas e não controladas por país algum que aderiu às mudanças, nem mesmo pelos principais defensores e seus primeiros implementadores, que foram os Estados Unidos e a Inglaterra.

No âmbito em que se geraram os processos de desarticulação dos estados nacionais, o autor enumera os seguintes fatores:

- O desemprego produzido pelas transformações produtivas para ganhos de competitividade em um mercado mundial aberto e integrado era, à época, em torno de 10% nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e que, segundo as previsões do autor (que se confirmaram com as sucessivas crises do capitalismo no final dos anos 1990, até a mais recente, de 2008) tenderia a aumentar;
- piora das condições de vida em razão do desemprego e da migração nos países industrializados; problemas sem resposta pelas instâncias de poder supranacional;
- desregulação bancária e dos mercados, criando situação de instabilidade sistêmica crônica;
- segmentação dos mercados de trabalho em categorias amplas de trabalho, geradas pela globalização financeira e da produção (com a concentração dos segmentos internacionalizados de cada economia que são, simultaneamente, responsáveis pela maior parte do valor agregado à economia mundial), sendo essa condição responsável pelo desaparecimento de uma base solidária para fundar uma política de resposta nacional aos desafios econômicos e sociais;
- os processos, em conjunto, seriam responsáveis pela concentração regional e pessoal de riqueza ocorrida durante os anos 1980, no mundo e entre os

próprios países industrializados, e pela concentração do conhecimento por empresas multinacionais que dispõem de poder quase total de alocação de recursos produtivos e financeiros (FIORI, 1994).

A contextualização do fenômeno da descentralização permite entender o que levou os governos centrais a limitarem seus gastos com a manutenção de seus aparelhos, repassando funções a outros níveis de governo ou privatizando-as, razões que envolvem, mas que vão além da necessidade de organizar os aparelhos dos governos em função do tamanho dos seus *welfare states*. Mesmo porque países que ainda não tinham seus sistemas de proteção social tão bem desenvolvidos, como é o caso do Brasil, aderiram à descentralização, certamente por outras razões, que serão vistas a seguir.

Na América Latina há razões mais específicas para o processo descentralizador. Para entendê-las, devem ser buscadas as causas do centralismo que o precedeu.

Voltando-se à história do período colonial, verifica-se que os países herdaram da Espanha uma tradição de extrema centralização na tomada de decisão governamental.

Há, também, uma visão de que o centralismo teve raízes econômicas e culturais, tais como: a aceitação da autoridade, forjada pelo catolicismo praticado na região; a alta concentração na propriedade da terra, que delimitou as fronteiras entre proprietários e trabalhadores; a profunda desigualdade nas relações sociais; os baixos níveis de educação; e a marginalização da população indígena da política nacional (BURKI; PERRY; DILLINGER, 1999).

Após a independência dos países de colonização espanhola, estabeleceram-se democracias inspiradas no modelo norte-americano, mas que não se sustentaram. As disputas entre caudilhos geraram guerras civis, alcançando-se a paz somente após a vitória de governos ditatoriais centralizados. A exceção, no continente, foi o Brasil, que manteve relativa paz interna durante quase todo o século XIX com a monarquia, que era centralizadora.

O início do século XX trouxe a industrialização e a urbanização, que fomentaram a descentralização do poder.



Seguiram-se períodos de alternância entre governos democráticos e intervenções militares, que atuavam como agentes das forças civis, trocando presidentes, até a metade do século XX.

A partir dos anos 1960 surgiram intervenções militares com prazos indeterminados de permanência, havendo nova concentração de poder, até os anos 1980.

A centralização política incluiu, em alguns países, a indicação de governadores e prefeitos (FALLETI, 2006).

Com as demandas geradas pela rápida urbanização, os governos militares criaram agências descentralizadas do governo central para prover a infraestrutura necessária. A criação dessas agências, que retiravam dos governos municipais seu papel de provedores de serviços, teve o intuito de não fortalecer os governos locais.

Nos anos 1970, houve uma crise de legitimidade do aparelho de Estado ocupado pelos militares, em vários países. Mesmo naqueles países onde ocorreu bom desempenho econômico, os governos centrais perderam o apoio das classes proprietárias (BURKI; PERRY; DILLINGER, 1999).

A tendência ao centralismo, que começou no início do século no continente latino-americano, passando pelo paradigma do planejamento centralizado nos anos 1950, foi concluída com a crise da dívida externa dos países, em 1982 (FINOT, 2001).

No Brasil, a centralização das políticas no nível federal ocorreu durante todo o período desenvolvimentista, sendo que, no período de 1968 a 1983, a centralização fiscal atendeu aos objetivos dos governos militares, no plano político e no econômico.

Manter o controle sobre os governos estaduais para aparentar que se preservavam instituições democráticas era o objetivo político e, do ponto de vista econômico, ao governo federal interessava controlar o gasto público para implementar o II Plano Nacional de Desenvolvimento, centrado na atuação do sistema de empresas estatais e autarquias setoriais (PRADO, 2007).

Ao se referir ao aparelho do Estado no Brasil, é importante lembrar que a constituição de um serviço público, baseado no sistema de mérito e não no nepotismo, atendeu ao processo de construção do estado nacional como organização, como agente produtivo e como regulador, no início da era Vargas, que criou as bases para o desenvolvimento do país. Pela intensa atividade

governamental, contrastando com a Primeira República, criou-se extensa estrutura estatal, que se expandiu adotando tipos diferentes de intervenção, até o último presidente militar, em 1985 (SANTOS, 2006).

Com a redução da capacidade de financiamento das estruturas estatais gerada pela crise dos anos 1970, o modelo centralizador declinou nos anos 1980, nos países desenvolvidos, iniciando-se a série de reformas do aparelho do Estado de concepção minimalista, colocadas em prática, inicialmente, por Thatcher e Reagan, depois se disseminando em todo o mundo, levando ao enxugamento das estruturas e funções da burocracia estatal.

No Brasil, o discurso descentralizador chegou ao mesmo tempo em que o país se desfazia da ditadura militar centralizadora, o que fez com que a descentralização fosse recebida como significado de democratização, não só do acesso pela sociedade aos benefícios das políticas sociais a serem construídas, mas também do acesso às decisões governamentais, já que se propunha também a descentralização do poder de decisão para os governos subnacionais, com participação da sociedade.

Souza (2001), em um trabalho sobre o processo decisório na Assembleia Nacional Constituinte que escreveu a Constituição Federal de 1988, apresentou e analisou em profundidade o quadro daquele momento político do país. A partir dessa análise, compreendem-se as razões dos constituintes ao desenharem o modelo de Estado que foi legado ao país e verifica-se que o processo foi extensamente democrático e participativo, mais do que, por exemplo, na Espanha. Foi demonstrado que a Constituição de 1988 foi escrita mais em sintonia com os anseios do momento dos eleitores, da sociedade organizada e de interesses regionais e menos com os de interesses empresariais.

Foi essa Constituição que definiu o processo de descentralização das ações do Estado conduzidas no Brasil, bem como as diretrizes para intensificação das políticas sociais, no capítulo da Seguridade Social, de onde se conclui que os constituintes desejaram que a consolidação do estado de proteção social ocorresse em bases descentralizadas.

No caso da política de saúde, essa decisão foi influenciada pelo movimento sanitarista, que formou um grupo de pressão na Assembléia Nacional Constituinte e defendeu a descentralização da política para o nível municipal (FALLETI, 2006).

A ampla adoção da descentralização pelos estados nacionais como sendo positiva, segundo Abrucio (2006), baseia-se na crise do modelo centralizador decorrente da complexificação do *welfare state* e da nacionalização da democracia, além da crise de financiamento que levou à busca pela redução do tamanho do aparelho do Estado e de outros fatores, tais como: a urbanização acelerada, que tornou os problemas locais e seus governos mais importantes para um número cada vez mais alto de pessoas; o surgimento de conflitos étnicos; o surgimento de novas democracias (inclusive no Brasil) nas quais a ideia de descentralizar está imbricada com a de democratizar; e a força do discurso descentralizador proposto e assumido por amplos setores, incluindo instituições como o Banco Mundial, que defende a descentralização como solução para países menos desenvolvidos.

Assim, agregando vasta coalizão de interesses, o discurso descentralizador apresenta-se associado à democratização do poder público e a melhor desempenho governamental.

O movimento de descentralização ocorreu tanto em países com organização federativa ou em Estados unitários, havendo entrega de funções e recursos para o nível local ou regional (por exemplo, na Itália) ou para governos subnacionais (como, por exemplo, Estados Unidos e Brasil). As formas de organização territorial do poder afetam a descentralização.

No Estado unitário, a soberania se concentra no governo central, sendo o poder de entes subnacionais dependente do poder central, que delega funções e graus de autoridade. Mesmo com a distribuição territorial da autoridade política, esta obedece a uma hierarquia entre o poder do governo central e as unidades subnacionais, definida constitucionalmente, sendo este o limite da descentralização em Estados unitários. Não há razão para se construírem instituições para defender as unidades subnacionais, se estas não são reconhecidas como portadoras de direitos de soberania.

Já nos Estados federais a forma de organização do poder político-territorial permite o compartilhamento matricial da soberania entre os entes e pressupõe a não hierarquização do poder central sobre as unidades subnacionais.

Há questões que devem ser equacionadas em qualquer modelo de descentralização: constituição de sólido pacto nacional; combate às desigualdades regionais; implantação de boas estruturas administrativas no plano subnacional; a

democratização dos governos locais e a criação de ambiente intergovernamental positivo (ABRUCIO, 2006).

Assim, o regime federativo é, estruturalmente, mais adequado à descentralização, mas é, ao mesmo tempo, aquele em que o processo é mais complexo pela inexistência de hierarquia entre os níveis de governo.

O princípio da soberania compartilhada deve garantir a autonomia e a interdependência dos níveis de governos no sistema federal; já a descentralização em Estados unitários pode até distribuir poder político, mas não institui direitos de soberania às unidades subnacionais, tornando o processo menos suscetível a conflitos.

Para Watts (2002), o federalismo organiza a distribuição e o compartilhamento do poder e acomoda a diversidade.

Sendo as federações marcadas intrinsecamente pelo conflito e pela diversidade, destaca-se a importância do respeito mútuo e o papel da barganha nas relações entre níveis de governo. Deve-se obter a interdependência entre os níveis de governo, mas manter o pluralismo subjacente ao modelo federativo.

O controle mútuo e a negociação são as bases da organização federativa, onde as relações intergovernamentais exercem papel-chave na busca do equilíbrio.

Nessas relações, a coordenação federativa das políticas a partir dos níveis de governo é um aspecto fundamental do federalismo e do processo de descentralização das ações de governo nesse sistema, sendo um dos principais desafios enfrentados pelas modernas federações.

Coordenação de política foi definida como a prática de alinhar estruturas e atividades para facilitar alcançar objetivos horizontais, para reduzir sobreposição e duplicação, além de assegurar que os objetivos horizontais não serão impedidos pela ação de uma ou mais unidades federativas (BAKVIS; BROWN, 2010).

A pesquisa sobre as relações intergovernamentais em sistemas federativos mostrou que, na literatura internacional, o mais alto número de trabalhos se refere aos Estados Unidos, a primeira federação moderna a ser constituída e modelo para várias nações que se organizaram como Estados federais, inclusive a federação brasileira.

Em segundo lugar, aparece o Canadá como objeto de estudos sobre as relações intergovernamentais que, como os Estados Unidos, formaram-se pelo

princípio de estados ou províncias autônomas e soberanas se unirem voluntariamente para formar uma nação com mais fortalezas.

A perspectiva comparada entre federações é ilustrativa, mas não se pode supor que seja possível transferir estratégias ou modo de operar as relações de um país para outro, pois essas decorrem de processos históricos únicos para cada país. Tem-se apenas a intenção de conhecer padrões de relações intergovernamentais para aprender com as experiências de outras federações e, quando possível, tirar lições que possam ser úteis ao caso brasileiro.

O sistema norte-americano pode ser definido como um federalismo dual, supondo a existência de dois campos de poder mutuamente exclusivos, reciprocamente limitadores, cujos ocupantes governamentais se defrontam como iguais absolutos, quais sejam, o governo central e os estaduais.

Nos Estados Unidos, desde a sua fundação, a Constituição estabeleceu uma estrutura para um sistema descentralizado de governo, em que a competência remanescente pertenceria aos estados. Entretanto, a não definição específica da divisão das responsabilidades fiscais foi um fato relevante que determinou o desenrolar das relações intergovernamentais naquele país.

As relações fiscais entre os entes federados não são disciplinadas pela Constituição Federal norte-americana, mas pelas Constituições Estaduais e, principalmente, pela Suprema Corte norte-americana que, ao fazer vigorar a cláusula da supremacia por meio do exercício de seu poder de revisão judicial, é o árbitro do sistema federal.

Ela define o quadro constitucional e fixa regras para as relações intergovernamentais e o equilíbrio entre o governo federal e os estados. Mas a interpretação da Suprema Corte tem variado de acordo com a conjuntura econômica e social em que se encontra o país.

As questões de difícil solução entre os níveis de governo são transformadas numa questão judicial. A Suprema Corte tem a prerrogativa de interpretar a Constituição e as leis, detendo, portanto, a palavra final a respeito das relações intergovernamentais, no caso de disputas. Há dois exemplos clássicos em que a Corte favoreceu a posição dos estados em disputas com o governo federal.

O primeiro exemplo: em 1816, o governo central tentou criar o Banco Federal dos Estados Unidos da América. Como no sistema americano os estados são investidos de autoridade sobre o comércio que não seja de caráter interestadual,

eles têm condições de regulamentar seus próprios sistemas econômicos locais. A maioria dos estados tem leis que regulamentam as atividades bancárias, os seguros, os serviços públicos e o transporte local, assim como várias ocupações e profissões. Os estados acreditavam que aquela medida atuaria como uma limitação de suas funções de regular o sistema financeiro em seu território. Então, ao ingressarem com uma ação na Suprema Corte, esta, prontamente, deferiu a ação em favor do seu pleito.

Outro exemplo sobre a participação decisiva da Suprema Corte nas relações intergovernamentais nos Estados Unidos foi a tentativa, em 1918, de regulação do trabalho infantil por parte do governo central. Mais uma vez a resposta judicial obedeceu às orientações do pensamento econômico americano até, pelo menos, a década de 1930: a Suprema Corte afirmou que não era competência do governo federal regular as formas e relações de trabalhos nos estados (MACHADO; GUIMARÃES, 2006).

A década de 1930 assistiu, nos Estados Unidos, à ruptura histórica com o modelo de relações intergovernamentais que prevalecera por mais de 150 anos.

Na crise de 1929 percebeu-se que a economia nacional só poderia ser reerguida pelo aumento da intervenção do governo federal, que para exercer autoridade regulamentadora na escala exigida pelas condições da época seria necessário o abandono do conceito de federalismo dual. Os estados aumentaram ainda mais a cessão de seus poderes em favor do poder central.

Exemplo da nova forma de relacionamento é a Lei Nacional de Recuperação Industrial de 1933, que impôs mais de 700 normas relativas ao comércio. Antes, essa regulamentação era prerrogativa dos estados, que viram o poder central receber autoridade para regular, inclusive, a produção de trigo para o consumo interno, pois, de acordo com os argumentos da época, essa produção poderia influenciar o mercado geral. Essa lei estava em extremo desacordo com o conceito de federalismo dual. Com ela, o governo central afirmou autoridade regulamentadora sobre quase todos os detalhes do sistema econômico.

A partir de 1937, a Suprema Corte norte-americana começou a reduzir as restrições sobre a ação federal que haviam sido impostas por sua fidelidade ao federalismo dual, passando o sistema federativo americano a se caracterizar pelo predomínio do poder federal sobre o estadual. Em 1938 o governo federal resolveu a questão do trabalho infantil com a Lei dos Padrões de Trabalho Justo, que dispôs

sobre a fixação de salários mínimos e jornada máxima de trabalho (MACHADO; GUIMARÃES, 2006).

A política que alterou o equilíbrio de forças nas relações intergovernamentais nos Estados Unidos, denominada *New Deal*, implantada por Roosevelt, apoiava-se na capacidade fiscal própria da união para arrecadar recursos.

Além disso, a política do *New Deal* visava a superar a ideia clássica de que ao Estado cabia apenas garantir a justiça e defender o território nacional, ou seja, da “ação negativa” do Estado, baseado no princípio da não intervenção na vida social.

De acordo com Dweck (2003), o imposto de renda se constituiu historicamente como a principal fonte de receita do governo federal norte-americano, principalmente a partir de 1940, devido à elevação das alíquotas para financiar os gastos com a Segunda Guerra Mundial, tornando-se o grande gerador de receita do governo federal, sendo responsável por quase metade da receita total nas últimas décadas. Até 1940, a participação do governo federal na arrecadação total de impostos permaneceu relativamente estável, em torno de 30 a 40%, mas, a partir dos anos 1940, cresceu acentuadamente, atingindo quase 70% na década de 1950.

Houve uma especialização no sistema de arrecadação tributária norte-americano até os anos 1970, em que o governo federal passou a arrecadar o imposto de renda (maior fonte de recursos). Os estados ficaram responsáveis pelo imposto sobre as vendas; e os governos locais, pelo imposto sobre propriedade (DWECK, 2003). Ao se tornar o maior detentor de recursos tributários, o governo federal elevou seu grau de intervenção nos estados.

As transferências intergovernamentais se transformaram em parte importante e fundamental dos diálogos entre os entes norte-americanos, tendo o sistema de subvenções<sup>2</sup> (*grants*) mudado a lógica implantada pelos fundadores da república federativa norte-americana.

Destaque-se a característica das subvenções federais aos estados que as tornam importantes instrumentos de coordenação política para o governo central: sua vinculação. Significa que os recursos são repassados mediante condicionalidades, para atender determinado programa de interesse do governo federal.

---

<sup>2</sup> Este trabalho utilizou as traduções de Dweck (2003) para os termos que designam as transferências intergovernamentais norte-americanas.

No federalismo brasileiro, as transferências de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, mediante a execução de programas com regras definidas nacionalmente, são exemplos de subvenções por categoria (também denominadas seletivas ou restritas, os *categorical grants*).

Entre 1960 e 1980, a participação das concessões e ajudas (*grants-in-aid*) federais na receita total dos estados e governos locais norte-americanos passou de 6,8 bilhões para 100,6 bilhões, com grande expansão de transferências vinculadas.

A política neoliberal adotada pelo presidente Reagan visava a reduzir o montante de transferências por categoria (*categorical grants*), passando a adotar um sistema de transferências relativamente livre de restrições, as subvenções gerais e em bloco (*block grants*) para restaurar a autonomia dos governos locais e estaduais.

A proposta ficou conhecida como o neofederalismo e envolvia o programa de subvenções em bloco e a descentralização administrativa. Tinha por objetivos a simplificação, a desregulamentação e a universalidade do sistema, no sentido de diminuir o desperdício administrativo e restaurar a autoridade dos governos estaduais e locais.

Em geral, pode-se dizer que, nos Estados Unidos, tem prevalecido um sistema político híbrido, alternando entre relativa descentralização e mais centralização. Nos períodos de descentralização, o poder é repartido entre as três esferas de governo, de acordo com o previsto na própria legislação norte-americana. Nos períodos de centralização, o poder central exerce mais controle sobre as demais unidades governamentais e sobre a sociedade como um todo.

Neste sentido, as relações intergovernamentais norte-americanas podem ser descritas como sendo, simultaneamente, cooperativas, conflituosas, competitivas e coercitivas. No domínio da administração pública e do funcionamento cotidiano do governo são, em geral, cooperativas. No domínio da elaboração das políticas amplas, as relações têm sido fundamentalmente coercitivas, principalmente a partir dos anos 1960. Não seria possível estabelecer uma única forma de comportamento nas relações intergovernamentais nos Estados Unidos.

Bakvis e Brown (2010) analisaram dois diferentes meios de coordenar políticas e programas, incluindo a formulação e a implementação, em dois sistemas federais distintos, nos Estados Unidos e no Canadá, que podem ser, respectivamente, designados como federalismo administrativo e jurisdicional.



Supõe-se que o primeiro, com seus mecanismos de coordenação centralizados produziria resultados de políticas nacionais mais uniformes, enquanto o segundo (jurisdicional), que opera em um contexto de relações não hierárquicas, produziria mais variações políticas.

Os autores analisaram três áreas de políticas: saúde, enfocando a reforma dos programas de seguro saúde; a política de redução de emissão de gases; e a área de infraestrutura de rodovias, nos dois países. Apesar das formas diferentes de coordenação, os resultados das políticas implementadas são, relativamente, similares.

Com as transformações ocorridas ao longo do século XX, nos Estados Unidos, as relações intergovernamentais puderam ser caracterizadas como uma matriz de relacionamentos, na qual a coordenação é frequentemente alcançada por intermédio do legislativo ou por meio da competição de políticas convergentes.

Esse sistema inclui características institucionais e constitucionais como a separação dos poderes, jurisdição legislativa federal concorrente e superior à dos estados, um número relativamente grande de unidades constituintes (50 estados) e instituições bem desenvolvidas de representação dos interesses dos estados junto ao governo central, notadamente, mas não somente, o Senado Federal.

Na literatura sobre federalismo comparado, o sistema americano pode ser caracterizado como federalismo administrativo, ou seja, o governo estadual administra de acordo com as instruções do Congresso; porém, a realidade é mais complexa.

No sistema canadense, as relações intergovernamentais formam uma série de relações em pares de participantes de instâncias executivas: do Executivo federal e dos Executivos dos governos das províncias e territórios, juntos, um a um ou, ocasionalmente, em grupos regionais.

A coordenação é mais difícil de ser alcançada porque a autonomia jurisdicional canadense é protegida pela Constituição contra as formas de invasão federal, sendo a jurisdição legislativa das províncias exclusiva e com poucas áreas de poder concorrente com o governo central.

Os membros do Senado canadense são indicados pelo governo federal, faltando, assim, legitimidade para representar interesses das populações e dos governos provinciais. Apesar disso, pode-se conseguir a coordenação por meio de

barganhas intergovernamentais ou, como nos Estados Unidos, por meio de competição de políticas convergentes.

Os mecanismos de coordenação central, geralmente, são vistos como pré-requisitos para atingir alto grau de consistência e uniformidade de programas e benefícios distribuídos por meio da federação, mas Bakvis e Brown (2010) argumentam que isso pode também ser conseguido por meio de autonomia sobre uma jurisdição e negociação ou mesmo por meio de ações independentes, ajustes mútuos e competição.

Na realidade, elementos dos dois modelos são encontrados em ambos os sistemas (norte-americano e canadense), sendo que a importância relativa desses elementos variou ao longo do tempo. Por exemplo, no pós-guerra, muito da coordenação política no Canadá se deu pelo uso do instrumento de subvenções condicionais do governo central, sob o nome de federalismo cooperativo.

Do mesmo modo, ambas as federações podem ser chamadas de jurisdicionais, já que cada nível de governo está envolvido com suas próprias responsabilidades administrativas e jurisdicionais.

Nos anos recentes, os instrumentos de coordenação associados ao modelo de federalismo administrativo típico dos Estados Unidos - tais como as subvenções (*grants*) vinculadas ou condicionais e o federalismo regulatório que dá precedência ao governo central - quase não são encontrados no Canadá.

Na federação canadense, a coordenação raramente envolve bancadas do legislativo e ocorre, em grande medida, por negociação entre o governo federal e as províncias, mesmo quando estas dependem de transferências fiscais para financiar seus programas. A política de atenção à saúde é uma exceção: o *Canada Health Act*, que integra a legislação federal e define condições e critérios para que os programas das províncias e territórios recebam transferências federais (CANADA, 2010a).

Considerando os termos federalismo administrativo e jurisdicional, os autores citados classificaram várias federações.

Tendo em vista a estrutura e sua dinâmica operacional dos governos, Alemanha, Áustria, México, Brasil e Estados Unidos podem ser incluídos como exemplos de federalismo administrativo.

Assim, o federalismo administrativo descreve a forma como sistemas federais modernos e altamente complexos orquestram o financiamento e a implementação de programas envolvendo dois (ou três, no caso brasileiro) níveis de governo.

Nesse modelo, em geral, os programas e políticas são orquestrados pelo nível federal, englobando o Legislativo ou o Executivo, ou ambos, e os níveis subnacionais se responsabilizam pela implementação e administração dessas políticas e programas determinados pelo nível federal.

O melhor exemplo do modelo administrativo é o da Alemanha, onde a legislação sobre a maioria das políticas é de responsabilidade do governo nacional e a administração é assumida pelo nível estadual (*lander*) de governo.

Variações do modelo administrativo podem ser encontradas na Áustria e na Suíça e, mais recentemente, na União Europeia, onde diretrizes políticas são legalmente impostas aos estados-membros, mas sua implementação depende totalmente das ações destes.

Pela classificação de Bakvis e Brown (2010), o Canadá pode ser considerado o melhor modelo do federalismo jurisdicional, em que cada nível de governo se responsabiliza pela definição da política e por sua administração, estando ausentes os mecanismos que permitem a influência do nível federal.

Nos Estados Unidos, quase toda a coordenação acontece no Congresso, em que a aprovação de leis ocorre sob um processo muito flexível que envolve negociações formais e informais entre membros do Executivo federal (incluindo o Presidente), estadual, legisladores e representantes de governos locais, além das organizações de governos locais e estaduais e de prefeitos, havendo também barganhas entre agências administrativas nos níveis federal e estadual.

No Canadá, as relações intergovernamentais se constituem, também, em importante atividade dominada pelos Poderes Executivos, eleitos ou indicados. O mecanismo do federalismo Executivo (assim denominado devido ao domínio do Poder Executivo nas relações entre governos) é complexo e envolve Primeiros Ministros, Conselhos Ministeriais e reuniões de altos funcionários nos vários campos das políticas. O Legislativo raramente tem papel significativo nas questões intergovernamentais.

No federalismo administrativo dos Estados Unidos, a distribuição de poderes segue a gradação que vai do poder federal exclusivo seguido de uma lista de poderes federais e estaduais concorrentes e, por fim, o poder residual dos estados,

permitindo que a legislação federal, que tem precedência, ocupe muito do espaço da estadual. Essa distribuição resultou na diminuição da autonomia dos estados dos anos 1930 a 1970, iniciando, a partir de então, tendência à reversão.

Os 50 estados norte-americanos competem nas práticas de governo, gerando disputa entre eles para ocupar os lugares mais altos nas boas e os mais baixos nas más práticas. A multiplicidade de governos estaduais e locais assegura a cooperação horizontal, quando os problemas exigem soluções no nível da região ou quando a eficiência se torna a maior preocupação. A não cooperação, nesses casos, pode alterar o equilíbrio, favorecendo melhor controle do governo estadual sobre o local ou do federal sobre o estadual.

O mecanismo utilizado pelo nível federal para induzir a cooperação estadual por meio de subvenções é denominado *carrots and sticks* (cenoura e chicote), em que a “cenoura” é subvenção (*grants*) para os estados. Se vinculados, os recursos são destinados a alcançar metas de políticas específicas com procedimentos administrativos específicos, estabelecidos pelo governo central. As subvenções gerais ou em bloco (*block grants*) permitem mais autonomia de gastos pelos governos subnacionais.

O chicote representa as obrigações não financiadas, em que se exige dos estados a administração de políticas de interesse federal, sendo, às vezes, obrigados a financiá-las (MADONNA, 2010).

No período do presidente Bush, houve centralização para o governo federal e nacionalização de políticas em importantes áreas, antes controladas pelos estados e localidades. Metas e padrões federais para as áreas de educação, coleta de impostos sobre vendas e administração de eleições, entre outras, foram estabelecidos utilizando o mecanismo da precedência das leis federais sobre as estaduais.

A continuidade da centralização de políticas sob regime unificado e conservador mostrou que a tendência ao federalismo coercitivo e centralizador tem profundas raízes no sistema de relações intergovernamentais dos Estados Unidos, tendo sobrevivido às Administrações e Congressos Republicanos e Democráticos (POSNER, 2007).

Numa perspectiva comparada, a Alemanha pode ser enquadrada como exemplo típico de federalismo cooperativo, sendo o entrelaçamento das relações uma característica dessa federação.

Esse padrão de relações intergovernamentais é resultado de uma estrutura constitucional em que a divisão de competências não é relacionada a políticas específicas, mas com funções interdependentes do estado.

O Poder Legislativo é centralizado e a implementação das leis federais fica a cargo dos governos dos estados (*landers*). Neste sentido, a Alemanha é mais centralizada do que os Estados Unidos e, em muito mais alto grau do que o Canadá. Essa centralização legislativa alemã propicia a definição de padrões muito homogêneos na prestação de serviços públicos e na legislação tributária.

Dessa forma, quando projeta uma lei, o governo federal na Alemanha conta com a capacidade da administração estadual para implementá-la. Em contrapartida, o governo subnacional, que é afetado pela legislação federal, participa do processo legislativo.

A participação dos estados na atividade legislativa federal é considerada a de grau mais elevado entre todas as federações do mundo, pela característica da segunda Câmara, o *Bundesrat*, cujos membros são indicados pelos governos estaduais e não eleitos pela população, detendo ampla participação e poder de veto sobre toda a legislação federal que incida sobre os estados (em torno de 50% de todas as leis) (BENZ, 2009).

Essa disposição constitucional torna muito grande o poder coletivo estadual, mas muito distinto da forma de autonomia provincial da federação canadense, que é individual.

Para Souza (2006) o federalismo brasileiro é um sistema de três níveis (triplo) e simétrico (em que todas as unidades têm poderes e competências iguais), não fazendo sentido ser rotulado de centralizado ou descentralizado, após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 e suas emendas, dada a complexidade do quadro federativo, em que há predomínio do nível federal sobre os outros.

Na federação brasileira a participação dos estados na legislação federal é garantida na CF de 1988 pelo Senado Federal e pela representação na Câmara dos Deputados, mas estudo de Arretche (2007) relatou quadro desfavorável aos estados em relação à sua representação na Câmara Federal, em que os deputados seguem mais as orientações dos partidos do que as dos governadores.

No sistema federal alemão predominam as relações verticais, sendo que as relações horizontais entre estados estão nelas incorporadas. Há coordenação das

políticas pelos governos estaduais, seja nas negociações com o governo federal, seja na construção de coalizões contra ele. As coalizões variam de acordo com o tema ou com a situação política.

Nas políticas fiscais, os interesses econômicos dos estados alemães ricos e pobres determinam a cooperação ou conflito, já que compartilham recursos federais. Em outras políticas, a coalizão reflete a característica partidária dos governos, sendo os partidos elos entre os níveis federal e estadual.

Outra característica das relações intergovernamentais, na Alemanha, é que as diferenças territoriais e políticas são contrabalançadas pela cooperação entre servidores públicos de políticas específicas, interessados em resolver problemas de seu campo e manter seus recursos e programas. Eles atuam em conferências, orientando e preparando decisões políticas dos Ministros de Estados. Essas redes têm sido criticadas pela sua falta de legitimidade e de ineficiência (BENZ, 2009).

A participação da burocracia estatal nas relações intergovernamentais na Alemanha se assemelha ao caso brasileiro da participação dos técnicos nas decisões de comissões intergestores no SUS e nas conferências gerais e setoriais de saúde, em que se garante a ampla participação de representantes das administrações, dos trabalhadores e da sociedade organizada. Essas conferências não têm força de lei, mas suas recomendações são, dependendo de seu âmbito, em grande medida, acatadas.

Mas essa forma de relação é distinta da que ocorre nos Estados Unidos, com a participação dos grupos de interesse, que são organizações com objetivos similares que buscam influenciar o processo político, seja nas representações das bancadas ou nos níveis de governo federal e estadual de forma mais individual do que coletiva.

Quando governos e administrações dos estados, na Alemanha, negociam entre si, o fazem num quadro federal de referência formado pelas diferenças regionais, pelos partidos políticos e pelos profissionais da administração. A forte integração dos partidos e das redes de administração explica a designação de federalismo unitário dada à Alemanha.

Podem ser distinguidos quatro padrões de cooperação intergovernamental entre estados, no federalismo alemão.

Na cooperação em relação à legislação e tomada de decisão federal, os governos dos estados (*lander*) coordenam suas decisões sobre as leis federais em procedimentos altamente padronizados.

A cooperação entre os estados nos temas legislativos constitui um padrão básico de relações intergovernamentais no federalismo alemão. Isso ocorre pela interação entre jurisdições, partidos políticos e cooperação administrativa. Antes da unificação, a divisão territorial tinha menos impacto e os partidos políticos eram moderados pelos formuladores de políticas nas redes de cooperação administrativa.

Porém, as disparidades econômicas intensificaram os conflitos de interesses entre estados e a estrutura bipartidária se tornou pluripartidária, complicando o processo já institucionalizado e normatizado de negociação. Em decorrência do aumento dos conflitos, há crescente aumento de poder dos líderes políticos em detrimento das redes administrativas, que traz consequências para a formulação de políticas pela dificuldade de acordos (BENZ, 2009).

Como em todo sistema federal, também na Alemanha as relações intergovernamentais se desenvolveram juntamente com o aumento das subvenções federais para os estados.

Semelhante ao mecanismo de participação dos estados na legislação federal alemã, as tarefas conjuntas (*joint tasks*) promovem a cooperação intergovernamental horizontal e verticalmente, com base em regras e procedimentos muito institucionalizados.

São tarefas conjuntas (*joint tasks*) federais e estaduais na Alemanha: extensão e construção das instituições de ensino superior (incluindo os hospitais), melhoria da estrutura econômica regional e melhoria da estrutura agrária e proteção costeira. Nas tarefas conjuntas, o planejamento e o financiamento são compartilhados, mas a execução fica sob a responsabilidade dos estados (FARAGE *et al.*, 2006).

As tarefas conjuntas relacionam-se à execução do gasto público, alocando recursos para regiões e localidades, podendo haver conflitos entre os estados, em relação ao compartilhamento dos recursos federais.

Os governos estaduais participam das tarefas conjuntas (*joint tasks*) com motivos mistos: competem pelas subvenções federais para aumentar seus próprios recursos, já que estão obrigados a cofinanciar os projetos. Mas, devido à necessidade de contribuir para o orçamento conjunto, a garantia de alocação de

subvenções para sua região implica o recebimento de mais recursos na redistribuição entre os estados.

No Canadá, essa negociação é mais individualizada entre executivos dos distintos níveis de governo, não havendo instituição fiscal federativa ou fóruns de organização entre governos estaduais ou de relacionamento entre governos subnacionais e central. Isto configura o “federalismo Executivo”, caracterizado pela dominância de processos de negociação informais entre burocratas, com baixo grau de transparência. Assim, as relações federativas fiscais se concentram na construção do orçamento federal.

No Brasil, a partilha de recursos tributários entre níveis de governo está definida no artigo 157 ao artigo 162, do Título VI, Capítulo I, Seção VI (Da Repartição das Receitas Tributárias) da Constituição Federal.

Em relação ao processo de distribuição das receitas fiscais que não têm vinculação garantida na Constituição (discricionárias), o Brasil se assemelha ao processo canadense, no sentido de que o orçamento federal, a cada ano, determinará essa distribuição. A diferença é que, no caso brasileiro, as negociações com o governo federal envolvem, necessariamente, o parlamento, que vota o orçamento, embora possa haver negociação prévia entre os executivos dos níveis de governo interessados.

Observa-se fragilidade na legislação que tratou da descentralização e das relações intergovernamentais no que se refere ao financiamento do SUS durante a década de 1990. Embora a CF de 1988 tenha definido as fontes de receitas para o Orçamento da Seguridade Social (OSS), que incluiu a saúde, não se definiu o montante de recursos a ser destinado.

Essa indefinição permaneceu nas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), que estabeleceram os mecanismos de transferências, determinando que estas fossem automáticas e regulares do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde e Fundos Municipais de Saúde.

A lógica do OSS foi rompida na década de 1990, fragilizando o Ministério da Saúde, o que comprometeu o fluxo de recursos para o financiamento descentralizado do SUS.

Assim, até a aprovação, em 2000, da Emenda Constitucional (EC) nº 29, que determinou o montante dos três níveis de governo, não havia definição sobre os aportes de recursos das esferas de governo para o SUS.



Como um dos resultados dessa falta de definição política, no ano 2000, enquanto os municípios gastavam 13% de seus orçamentos com saúde, os estados gastavam 8%, em média (LIMA, 2006).

Há que se destacar que a legislação estabeleceu, desde 1990, que os montantes de recursos fossem repassados do nível federal para os governos subnacionais considerando: o perfil demográfico e epidemiológico da população; a rede de serviços de saúde; o desempenho técnico, econômico e financeiro no exercício anterior; os níveis de participação da saúde nos orçamentos; a previsão de investimentos; o ressarcimento a outras esferas por serviços prestados e que metade dos recursos deveria ser distribuída por capitação (BRASIL, 1990).

Para se efetivar o que foi previsto na lei, deveria haver avaliações periódicas do sistema, o que começou a ser viabilizado pelo Ministério da Saúde a partir da década de 2000.

Numa perspectiva geral, segundo Lima (2006), as relações intergovernamentais relativas ao financiamento do setor saúde se caracterizavam:

- Em relação ao aporte de receitas tributárias: desequilíbrios verticais e horizontais do poder de tributação entre as esferas de governo; conflitos verticais: movimentos de recuperação de receitas pela União e instabilidade no aporte de recursos para o setor; grau de dependência variável das esferas subnacionais em relação à União e dos municípios em relação aos estados; conflitos horizontais: variabilidade das fontes de receitas utilizadas pelas esferas subnacionais;
- em relação à responsabilidade sobre o gasto público: desequilíbrios verticais e horizontais do poder de gasto entre as esferas de governo; conflitos verticais: recuperação de receitas pela União e instabilidade no aporte de recursos para o setor; grau de dependência variável das esferas subnacionais em relação à União e dos municípios em relação aos estados; conflitos horizontais: desigualdades na capacidade de gasto entre esferas subnacionais;
- em relação ao sistema de transferências: predomínio da relação União-municípios; conflitos verticais: fragmentação das transferências federais; inadequação dos mecanismos e critérios das transferências federais para os estados, indefinição das transferências de recursos estaduais para os municípios; conflitos horizontais: incapacidade das transferências federais

- gerarem mais equilíbrio na receitas disponíveis das esferas subnacionais; indefinições das transferências entre esferas do mesmo nível de governo;
- em relação aos graus de liberdade na utilização das receitas exclusivas da saúde: predomínio da relação União-municípios; conflitos verticais: forte interferência da União na utilização dos recursos transferidos para o SUS; conflitos horizontais: fragmentação da gestão orçamentária das esferas subnacionais.

Vale lembrar que a EC nº 29 estabeleceu para a União, inicialmente, regras até 2004, aguardando-se lei complementar. Em 2008, aprovou-se projeto de lei no Senado que definiu para a União, a aplicação de sua receita corrente bruta do exercício financeiro anterior, sendo 8,5% em 2008, 9,0% em 2009, 9,5% em 2010 e 10% a partir de 2011. Para estados e municípios, a EC definiu crescimento gradativo de 2000 até 2004, ficando os estados, a partir de então, obrigados a gastar 12% e os municípios 15% de seus orçamentos.

Quanto aos critérios e condicionantes para gastos, até 2005, estes eram extremamente fragmentados, sendo definidos por portarias ministeriais para ações específicas a serem executadas principalmente pelos municípios. Eram, nesse sentido, semelhantes às subvenções por categoria norte-americanas (*categorical grants*), mas, a partir de 2006, o Pacto pela Saúde (2006) estabeleceu que as transferências ocorressem em blocos, por área de complexidade da atenção e para a gestão, aproximando-se do mecanismo de subvenções em bloco (*block grants*).

No federalismo alemão, o Poder Executivo dos estados também coopera entre si, discutindo suas próprias políticas, para gerenciar efeitos externos, definir interesses comuns relativos ao governo federal e à União Europeia ou para harmonizar leis e práticas administrativas. Há interesse dos executivos de protegerem seu poder contra o parlamento e grupos de pressão, ocorrendo cooperação em todas as áreas de políticas sobre as quais os estados têm responsabilidade.

Apesar de não constar na Constituição, a cooperação horizontal é operacionalizada por meio das conferências e das redes de administração. Há conferências de primeiros ministros e de ministros das finanças que funcionam sob regras formais e acontecem regularmente ou quando necessário, das quais representantes do governo federal participam como convidados.

Na reforma do setor público tem-se discutido a redução ou abolição de alguns desses fóruns de cooperação.

Esse padrão está integrado à cooperação vertical, sendo que, várias vezes por ano, o Chanceler (governo federal) convida os primeiros ministros dos estados para discutirem importantes temas políticos, econômicos e fiscais (BENZ, 2009).

Como também ocorre em outras federações, o Executivo predomina nas relações intergovernamentais na Alemanha, havendo ainda extensa cooperação entre a burocracia de diferentes categorias. No Canadá, essa também é uma forma de relação presente, mas nas relações verticais.

A estrutura territorial alemã foi influenciada fortemente pelos resultados da Segunda Guerra Mundial, fazendo com que as fronteiras então estabelecidas entre estados não estivessem em conformidade com o desenvolvimento urbano, com a estrutura econômica das regiões ou com a identidade dos cidadãos. Então, os estados tiveram que coordenar decisões sobre desenvolvimento regional e equipamentos públicos em áreas urbanas divididas por fronteiras estaduais. Para isso, estabeleceram-se instituições de cooperação que ultrapassassem essas fronteiras.

Nesse contexto, a cooperação entre autoridades locais e regionais em políticas, tais como transporte, moradia, proteção da água e dispensação de resíduos, intensificou-se para a formulação de planejamento regional e para prover serviços públicos conjuntos (BENZ, 2009).

No Brasil, ainda há poucas experiências semelhantes, sendo uma delas um consórcio público estabelecido entre municípios nos estados de São Paulo (na região do Santo André, São Bernardo, São Caetano - ABC), Pernambuco e Piauí, para serviços de transporte urbano e saneamento básico, para funções públicas integradas, como, por exemplo, o planejamento e elaboração de projetos estruturantes do território metropolitano (RAVANELLI, 2010).

Nos Estados Unidos, as ferramentas federais de intervenção assumem duas formas: as fiscais e as regulatórias, que aparecem, na prática, frequentemente combinadas.

O sistema americano permanece com suas transferências fiscais sob condicionalidades, embora o fenômeno da brecha (*gap*) fiscal vertical (quando o governo federal tem muito mais capacidade fiscal do que governos de estados e locais) presente em quase todas as federações seja menos grave. Os governos dos

estados e locais são menos dependentes das transferências federais do que em muitas federações, como, por exemplo, no Brasil, mas ainda são mais dependentes do que as províncias no Canadá e há menos receitas compartilhadas.

No entanto, é importante notar que o apoio aos estados (e destes para governos locais) é 100% condicional, em contraste com o Canadá, onde a condicionalidade de receitas é de 26,8% para programas comparáveis (BAKVIS & BROWN, 2010).

Prado (2007) confirmou esses dados, mostrando o alto grau de autonomia das províncias canadenses para execução dos recursos federais, devido ao grau quase nulo de condicionalidades, o que não ocorre nas outras federações da amostra estudada por ele, formada por Estados Unidos, Canadá, Índia, Suíça e Alemanha.

O autor mostrou que Suíça e Estados Unidos têm reduzida dependência das transferências, mas estas são altamente condicionadas, indicando menos autonomia.

Já a Índia, a Austrália e a Alemanha, nesta ordem, apresentam graus decrescentes de autonomia e seus governos subnacionais possuem mais dependência de recursos transferidos, entre 40 e 50%, sendo os da Alemanha os mais dependentes. O grau de condicionalidade nesses países tem mais variação: na Índia, 62% de suas transferências são livres de condições; na Alemanha, 65% são condicionadas (PRADO, 2007).

Do ponto de vista fiscal, Prado (2007) concluiu que a Austrália era a federação mais centralizada, cujo governo central arrecada a maior parcela da carga tributária e retém, após as transferências, uma parcela da receita maior do que Alemanha, Índia e Suíça e transfere mais da metade dos recursos sujeitos às condicionalidades.

Esse autor destacou, ainda, que o Canadá é o país mais descentralizado, com seu governo central arrecadando e retendo a menor parcela da carga tributária e transferindo para os governos subnacionais quase 100% dos recursos sem condicionalidades.

Na Índia, o governo central arrecada e também retém a maior parcela da carga, mas suas transferências são menos condicionadas. Assim, os governos subnacionais controlam menor parcela do gasto (53%), mas gastam esses recursos com mais autonomia, tendo apenas 38% desses recursos condicionados. Na

Alemanha, o governo federal arrecada 64,5% da carga e repassa 23% para os estados, que alcançam 59% da capacidade de gasto final disponível, mas 64% das transferências são condicionadas (PRADO, 2007).

Deve-se considerar a forma de cooperação intergovernamental dos países para avaliar a centralização. Na Alemanha, a cooperação se dá de forma muito institucionalizada e com grande participação dos estados; já na Índia, há tendência à imposição unilateral pelo governo central.

Há várias disposições que regulamentam as transferências nos Estados Unidos, disciplinando o sistema a favor da coordenação federal: ordenação direta ou mandatos involuntários para estados e administrações locais de programas específicos que devem seguir as leis federais; regras transversais que afetam todos os estados ou programas locais que utilizam recursos federais; sanções cruzadas, onde o governo federal pode cancelar uma fração ou todos os recursos, a menos que as exigências de outro programa sejam satisfeitas; precedência parcial, quando os padrões (ou leis) federais tomam o lugar das leis estaduais.

Assim, nos Estados Unidos, a coordenação de políticas é produto de barganhas entre governos e outros grupos de interesses, tendo o Congresso papel principal; a precedência da legislação federal será, em parte, função da capacidade de governos locais e estaduais influenciarem o processo legislativo federal (BAKVIS; BROWN, 2010).

O Canadá é uma federação essencialmente dual, jurisdicional e excepcional entre as federações, no grau de pormenorização dos poderes atribuídos aos dois níveis de governo.

Pela Constituição Canadense, o parlamento tem poderes sobre o sistema bancário e moeda, defesa, legislação criminal, comércio, transporte interprovincial.

Uma característica que tem importante impacto sobre a coordenação de políticas é que, no Canadá, há poucos poderes concorrentes entre os níveis de governos, havendo apenas quatro áreas em que há concorrência formal: agricultura, imigração, planos de previdência e regulação de preços para recursos naturais e uma área de jurisdição essencialmente compartilhada, que é a justiça criminal, existindo significativo nível de cooperação.

Após a Segunda Guerra até os anos 1970 - era do federalismo cooperativo, as transferências para transporte, infraestrutura, saúde e assistência social eram condicionais. Em 1977, o governo federal e os das províncias concordaram em

retirar a maioria das condições e utilizar o financiamento por blocos, semelhante, mas não igual, ao dos Estados Unidos (BAKVIS; BROWN, 2010).

O federalismo cooperativo começou a mudar devido à posição dissonante de Quebec, que não mais seguiu as condições do governo federal, procedendo-se, então, a grande debate sobre a unidade nacional.

Nos anos mais recentes, tem-se mantido o federalismo colaborativo, em que os dois níveis de governo funcionam como parceiros, e não competidores, em uma relação menos hierárquica.

No Brasil, Souza (2001) mostrou que o federalismo foi fortalecido na Assembleia Nacional Constituinte de 1988 (ANC) com a decisão dos constituintes de reduzir o poder do governo central, pois a União dominava a federação, inclusive centralizando recursos, o que estimulava as disparidades regionais. Mas a longa tradição de centralização impediu que se eliminasse radicalmente a participação da União, optando-se por manter várias competências concorrentes entre os níveis de governo.

Essa decisão dos constituintes levou para o futuro um problema recorrente de coordenação de políticas no federalismo brasileiro, tendo-se em vista, de acordo com Souza (2006), a ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que regulem as relações intergovernamentais.

A competência partilhada entre níveis de governo, especialmente em relação às políticas sociais, é comum em várias federações, mas o que ainda gera conflitos ou dificuldades, na federação brasileira, é a escassez dos mecanismos de coordenação institucionalizados. Esses mecanismos são institucionalizados na Alemanha, Austrália e Estados Unidos, por exemplo.

Nota-se, na federação brasileira, a imposição de políticas públicas federais, algumas definidas constitucionalmente, às instâncias subnacionais, sendo estas limitadas em sua capacidade de legislar sobre suas próprias políticas, além de constrangidas por decisões do Poder Judiciário. O Supremo Tribunal Federal é o árbitro sobre as questões constitucionais e vem, sistematicamente, decidindo que as Constituições e leis estaduais devam refletir os dispositivos federais, impondo uma hierarquia das normas constitucionais, apesar de não haver esse princípio na CF de 1988 (SOUZA, 2006).

A autora informa que há poucas competências exclusivas para estados e municípios na CF de 1988, o que também ocorre em outras federações de países

em desenvolvimento e consolidação de processos democráticos. Mas pondera que estados e municípios têm considerável autonomia administrativa e responsabilidades na implementação das políticas aprovadas na esfera federal e recursos públicos poucas vezes concedidos nas seis constituições anteriores, principalmente o nível municipal, e em proporções superiores a outros países em desenvolvimento.

Comparando-se os poderes dos entes na federação brasileira aos de outras, observa-se que, no Brasil, eles têm poderes e competências semelhantes aos dos entes constitutivos do México e Estados Unidos. Porém, diferentemente da Austrália, Índia, México, Suíça e Estados Unidos, as emendas constitucionais não necessitam ser ratificadas pelas assembleias legislativas estaduais ou por referendo, no Brasil. Assume-se, aqui, que os representantes dos estados no Senado resguardarão os interesses estaduais.

É necessário confirmar se o Senado Federal realmente é fiel à representação dos interesses estaduais, já que na Câmara dos Deputados os estados não têm essa garantia.

Esta foi a constatação de um estudo de Arretche (2007) que analisou o poder de veto dos governos subnacionais no Brasil, examinando o comportamento das bancadas estaduais e as oportunidades institucionais de veto, quando se tratava de assuntos relacionados aos governos subnacionais, referentes às receitas e autoridade de decidir sobre seus próprios impostos, responsabilidades políticas e gastos.

Os governadores não conseguiram controlar suas bancadas na Câmara dos Deputados, em votações sobre competências de estados e municípios, relativas à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, à administração pública, ao sistema de aposentadoria, à criação de municípios e ao Estatuto das Cidades. Os deputados votaram de acordo com a orientação de seus respectivos líderes partidários.

Vale notar que a aprovação dessas matérias baseou-se na concepção de que a União deve regular as condições para implementar políticas descentralizadas, de forma a garantir homogeneidade no território nacional. A questão da autonomia dos governos subnacionais legislarem sobre esses temas foi irrelevante na decisão. Deste modo, para todas as bancadas estaduais, a disciplina partidária foi o peso mais importante, ou seja, o tipo de matéria a ser votada não afeta a capacidade dos

líderes partidários comandarem o comportamento dos parlamentares (ARRETCHE, 2007).

Esse comportamento confirma a tendência à manutenção da tutela federal sobre os entes subnacionais vista na Assembleia Nacional Constituinte, que optou pelas competências concorrentes em uma lista de 13 políticas setoriais.

Não se pode discutir a pertinência e a necessidade de diretrizes nacionais para políticas como a de educação, considerando um país heterogêneo e dimensões continentais como o Brasil. Mas seria necessária a construção de instrumentos institucionais com força de contrato para as decisões conjuntas, no lugar de negociações diretas entre União e municípios, por exemplo, desconhecendo o nível estadual, perpetuando, com esse comportamento, diferenças entre municípios e regiões.

A imposição de perdas de receitas e de autonomia de decisão para governos subnacionais caracterizou a produção do legislativo, no período de 1989 a 2006. Embora as decisões tenham sido negociadas, a estratégia da União para recuperar receitas perdidas pela partilha de tributos imposta pela CF de 1988 foi bem-sucedida, mesmo quando implicou perda de receitas para estados. Além disso, a União ampliou a margem de autoridade sobre as competências de estados e municípios (ARRETCHE, 2007).

Constata-se, assim, a limitada capacidade dos governos subnacionais de vetarem as iniciativas da União, o que reforça o desequilíbrio federativo em favor do governo central.

É também relevante para as relações intergovernamentais o fato de que as perdas impostas não foram desprezíveis: a retenção de 20% das transferências constitucionais automáticas para estados e municípios, pelo período de cinco anos, puniu mais fortemente os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e pequenos municípios que dependem mais das transferências; a Lei Kandir puniu os estados exportadores. Todas as perdas implicaram o agravamento das diferenças inter-regionais, o que não contribuiu para o equilíbrio federativo.

As bancadas não atuaram como atores coletivos, representando o poder dos estados, pois votaram alinhados com os partidos, limitando o poder de veto dos governos subnacionais.

Sem a implantação de espaços legítimos e legais de relações intergovernamentais, permanece a orfandade dos estados para obterem ganhos



coletivos no jogo entre os níveis de governo, já que não podem depositar muita confiança nas suas bancadas legislativas.

Pode-se verificar importante mudança na conjuntura política. Se os governadores foram protagonistas na redemocratização e à época da ANC (ABRUCIO, 2006; SOUZA, 2001), a década de 1990 viu o declínio desse poder, podendo ser creditado à perda de receitas, em razão do ajuste fiscal e pelas relações diretas entre os governos federal e municipal. Esse esvaziamento de poder pode ter refletido, também, na capacidade de controlar suas bancadas de deputados federais.

Resumindo o que a CF de 1988 legou ao país, no que se refere ao federalismo e à descentralização, podem-se enumerar: aumentou os poderes de estados e municípios, inclusive elevando os últimos à mesma categoria dos estados, como entes federados (embora a União, gradativamente, tenha se encarregado de minimizar suas perdas); não proveu mecanismos capazes de promover equalização fiscal entre estados e regiões; restringiu o poder do governo federal pela via da descentralização tributária, mas sem se preocupar com seus desdobramentos (SOUZA, 2001), e conforme mostrado por Arretche (2007), o governo federal foi capaz de reagir aos efeitos adversos dessa medida em curto intervalo de tempo.

Souza (2001) enfatizou a importância dos governadores no processo constituinte, especialmente em relação às mudanças tributárias, influenciando no formato da descentralização. A autora destacou também a participação, principalmente no final do processo, das instituições de defesa dos municípios, que exerceram papel de destaque no desenho final do federalismo e da descentralização. A elevação dos municípios à categoria de entes federados confirma o sucesso dessa iniciativa.

Apesar da influência exercida durante o processo que decidiu o formato da federação, menos de uma década depois da promulgação da CF de 1988, os estados perderam sua importância como formuladores de política.

Esse fato deveu-se, em parte, à sua perda relativa de receitas (ocorrida, inclusive, com o auxílio de suas bancadas de deputados federais), que reduziu sua capacidade de indução por meio do financiamento. Contribuíram, também, para a redução de importância dos estados o ajuste fiscal promovido pela União e a relação direta estabelecida entre governo federal e municípios, nas negociações sobre execução das políticas descentralizadas.

Abrucio (2006) avaliou como conquistas da descentralização, no Brasil, a pressão exercida nas antigas oligarquias por novos atores (conselheiros das políticas públicas, líderes antes sem acesso à competição pelo poder) e as novas formas de gestão, como por exemplo, o orçamento participativo. Como obstáculos ao bom desempenho dos municípios, foram enumerados: a desigualdade de condições econômicas e administrativas; o municipalismo autárquico; a metropolização acelerada; a ausência de *accountability*; e o padrão das relações intergovernamentais.

O mesmo autor destacou como o principal problema o padrão de relações entre estados e municípios, em que predominou a cooptação das elites locais pelos governos estaduais. Salientou, ainda, que houve posição flexível dos governos estaduais, que participavam das políticas quando havia financiamento da União e delegavam atribuições aos governos locais se não houvesse financiamento.

Em relação à posição dos estados, Gerschman e Viana (2005), em sua análise sobre a descentralização e as desigualdades regionais, nos anos de 1999 e 2003, consideraram que os estados não se preocuparam suficientemente com seus governos locais. Diante da crise fiscal, voltaram sua atenção para os enfrentamentos e negociações com o governo federal.

Contextualizando-se a posição dos estados na nova federação pós-CF de 1988 e o processo de descentralização ocorrido, poderá se verificar que a questão é mais complexa.

Não há, de fato, na Constituição Brasileira, competências exclusivas dos estados, como acontece na federação canadense, mas há definição de competências concorrentes entre os três entes (como há nos Estados Unidos, para governo federal, estados e governos locais, que não são considerados entes federados).

Deve-se considerar que, ao longo da década de 1990, os estados perderam receitas, endividaram-se com a União e os municípios foram elevados à categoria de entes federados, com quem o governo federal passou a dialogar diretamente, sendo este o padrão predominante nas relações. Este foi um dos problemas do federalismo brasileiro, além das desigualdades regionais, conforme mencionado, também, por Souza (2006).

Nesse quadro, os estados se lançaram em disputas entre si na guerra fiscal. Sem receitas, não tiveram capacidade de cofinanciar as políticas concorrentes,

assumindo papel secundário nas relações e perdendo, inclusive, a capacidade de comando sobre seus parlamentares, que colaboram com algumas de suas perdas. Tudo isso ocorreu, não sem prejuízo, para o equilíbrio da federação.

Por fim, Souza (2006) trata como problema a escassa existência ou mesmo ausência de coordenação e cooperação intergovernamentais, tanto verticais como horizontais, o que impede a negociação entre os entes federados.

Concordando com o diagnóstico da autora, considera-se que a solução dos problemas é mais política do que do desenho constitucional, sendo necessário criar mecanismos de relações intergovernamentais para reduzir a competição entre estado, entre estados e municípios e entre municípios e criar instrumentos de intermediação de interesses entre os níveis de governo, a exemplo da Alemanha, Austrália e Estados Unidos.

Para isso, o governo federal, como o maior detentor de recursos e de poder, deveria ser o intermediador e promotor da iniciativa.

Segundo Viana e Machado (2009), a implantação do SUS se sustentou em duas lógicas opostas: centralização e descentralização.

A centralização federal permitiu a descentralização com protagonismo federal em termos de normas, incentivos financeiros e outros instrumentos de indução nacional. A descentralização foi apoiada por atores sociais e políticos das instâncias subnacionais fortemente organizados e por gestores federais em períodos específicos.

Desse modo, o sistema foi construído a partir de estratégias federais de coordenação intergovernamental (VIANA; MACHADO, 2009).

Considera-se que o SUS já avançou muito, em termos de coordenação de políticas e de cooperação intergovernamental.

Apesar da ausência de instrumentos formais, nos quais os acordos intergovernamentais tivessem força de contrato, há no âmbito do sistema de saúde fóruns de intermediação de conflitos e de negociações bastante desenvolvidos, que são as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Suas deliberações são ratificadas pelo coordenador por meio de resoluções e portarias publicizadas.

Embora não tenham o *status* legal de contrato, há tendência de todos os entes envolvidos a respeitarem seu conteúdo, principalmente, por duas razões: a primeira é que maioria das deliberações envolve recursos financeiros ou outros, que

são assegurados aos entes que preencherem os critérios estabelecidos. Assim, funcionam como um mecanismo de cooperação entre os entes e de coordenação política.

A segunda razão é de ordem política: todos os entes participam e compartilham das decisões, que são públicas. Assim, os que não as respeitam são repudiados pelos outros participantes e isso pode acarretar perdas de poder.

O que é relevante nesse mecanismo e que pode contribuir para a discussão das relações intergovernamentais no federalismo brasileiro é que, nesse fórum, há, em geral, um processo transparente e democrático de tomada de decisões que são compartilhadas por todos os entes que têm, idealmente, o mesmo peso.

A CIT, apesar de estar sob um regulamento que propicia a mesma dinâmica de decisões transparentes, estas ainda são influenciadas pelo peso dos recursos federais que financiam mais da metade da prestação de serviços do SUS. Mas, ainda assim, está submetida às representações dos outros entes, que podem questionar suas decisões e atuar politicamente para ampliar e/ou adensar o debate e modificar decisões.

No âmbito do SUS, foram, também, construídos mecanismos de cooperação intergovernamental horizontais, que são os Conselhos de Secretários de Saúde. Congregando secretários municipais nos estados, há o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e no âmbito nacional, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). As relações entre os secretários estaduais são institucionalizadas no Conselho Nacional de Secretários [Estaduais] de Saúde (CONASS). As representações desses conselhos no nível nacional têm assento na CIT.

Nos anos recentes, o CONASS, como fórum de cooperação, contribuiu para a qualificação dos gestores estaduais e de sua participação nesses fóruns e na CIT, influenciando os rumos da política nacional.

Como cooperação horizontal, contribuiu, também, com a qualificação das equipes das secretarias estaduais de saúde, produzindo, juntamente com o Ministério da Saúde, documentos para a gestão e oficinas de capacitação para o processo de planejamento da Atenção Primária à Saúde (APS) nos estados. Utilizou-se como base a experiência de implantação do Plano Diretor da APS no estado de Minas Gerais.

Além dessas instâncias de participação formal e institucionalizadas pela legislação do SUS, há outro mecanismo de cooperação no sistema: os consórcios de saúde.

Essas associações de municípios foram criadas para encontrar soluções para a assistência de média e alta complexidade, que ultrapassa, para a maioria dos municípios, o seu território, já que não se deve oferecer esses serviços em cada município, pela ausência de escala ou, no caso de municípios maiores, pela falta de capacidade instalada.

Os consórcios públicos representam outro fórum de cooperação intergovernamental horizontal e vertical e a promulgação da Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, sancionada em 2007, dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, podendo ser considerada um importante passo na criação das instâncias de cooperação, onde as resoluções terão força de contrato público (BRASIL, 2007).

A revisão da literatura sobre descentralização, federalismo e relações intergovernamentais permitiu verificar que:

- O movimento de descentralização radical, adotado no Brasil, que se confundiu com a municipalização excessiva, especificamente nas políticas sociais e, em especial, na saúde, necessita entrar em sintonia com o modelo de federalismo prescrito na CF de 1988, realocando poderes e funções no nível estadual de governo, para promover o reequilíbrio da federação; na saúde, essa realocação se torna indispensável para promover equidade, possibilitando não apenas o acesso do cidadão a serviços, mas, também, para incluir regiões na agenda do desenvolvimento, revertendo a exclusão de espaços promovida pela economia internacionalizada;
- é necessário aumentar o grau de institucionalização das relações entre os entes, como, por exemplo, das negociações políticas para a ação coletiva dos atores, com o objetivo de alcançar benefícios conjuntos para estados e municípios e reduzir as negociações individuais ou mediadas apenas pelos partidos, para evitar mais desequilíbrios federativos;
- é necessária a iniciativa do governo federal, por ser o maior detentor de recursos e de poder, para forjar mecanismos formais de cooperação, sendo um passo importante a promulgação da Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, em 2007; deve-se aproveitar e levar a experiência das instâncias de

coordenação e cooperação intergovernamentais já desenvolvidas no SUS para outras áreas, além de implementar a força de contrato em suas resoluções;

- a partir da criação de instâncias formais de cooperação e do aumento do grau de institucionalização das relações, é necessário estabelecer mecanismos de equalização fiscal entre as unidades federativas e estabelecer novas regras de partilha das receitas fiscais, no cenário dessas instâncias, para promover a redução das desigualdades entre regiões, estados e municípios, estabelecendo o equilíbrio da federação;
- o desenho do federalismo brasileiro é compatível com a cooperação e com a coordenação de políticas, desde que se exercite a negociação política e se utilize dos mecanismos já consagrados em outras federações, adaptando-os à configuração do país.

## **2 O FEDERALISMO BRASILEIRO**

### **2.1 Evolução do federalismo brasileiro e suas especificidades**

O Brasil é um Estado federal que conjuga três entes federados, conforme definido pela Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988 (Título I - Dos Princípios Fundamentais, Art. 1º: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos [...]”).

A autonomia é conferida aos três entes no Título III - Da Organização do Estado, Capítulo I - Da Organização Político-Administrativa, Art. 18: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988).

O Brasil se constituiu em bases federativas desde sua origem, sendo seus determinantes principais a extensão territorial e o desenvolvimento econômico voltado para mercados externos, a partir dos polos exportadores fracamente conectados uns aos outros, que se alternavam na liderança dos processos primário-exportadores, fazendo surgir elites e sociedades locais. A integração do mercado nacional só ocorreria nos anos 30 e 40 do século XX. Houve a formalização da união de poderes locais com abrangências diversas numa federação, para evitar possível implosão, não havendo muita importância da doutrina federalista no processo (PRADO, 2007).

A federação brasileira tem como elemento histórico básico, elevado grau de autonomia dos governos subnacionais, decorrente de: inexistência de um estado nacional com alcance e poder para ser expressão política da nação até, mais ou menos, 1930; inexistência de políticas nacionais de ordem social ou econômica; caráter incipiente e atrasado da atuação estatal na infraestrutura social e econômica até, aproximadamente, as décadas de 1940 e 1950.

Ao contrário de federações tais como Canadá, Estados Unidos e Austrália, que se constituíram por agregação, o Estado central brasileiro teve expressão nacional somente no período pós-guerra.

A tendência para a autonomia dos componentes sempre foi uma característica desta federação, pois, desde seu início, houve três níveis de governo com autonomia de fato.

De modo diverso de outras federações, no Brasil nunca existiu a subordinação financeira e administrativa dos governos locais aos estaduais, sendo a autonomia municipal referendada em todas as constituições. Essa condição culminou com a elevação do município à categoria de ente federado, equiparando-se o governo local aos outros dois níveis de governo (PRADO, 2007).

A forma da federação como está estabelecida é uma construção pós-1930, quando os estados perderam a capacidade de legislar sobre a regulação da economia, surgindo, nesse período, o Estado central como referência para as massas, por meio do aparato do populismo de Getúlio Vargas.

A partir de então, o sistema federativo alternou momentos de centralização, que coincidiram com períodos autoritários (era Getúlio Vargas e regime militar de 1964 a 1985) e de descentralização nos processos de redemocratização (Constituição de 1946 e final do regime militar na década de 1980); a democracia ressurgiu sob forte tendência à autonomia das esferas subnacionais.

Em todos os sistemas constitucionais unitários ou federativos, a autonomia municipal oscila da ampliação ou retração, dependendo do contexto ser mais ou menos propício para concretizar a liberdade na organização das estruturas do Estado. A liberdade e a democracia exercem forte influência sobre mais ou sobre menos autonomia municipal; o aspecto jurídico da autonomia é apenas parte do panorama político, econômico, financeiro e sociológico (BONAVIDES, 2010).

A decisão dos representantes do povo brasileiro na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, pela autonomia dos três entes fez o Brasil ocupar lugar único entre as federações do mundo, elevando os municípios brasileiros a uma posição diferente em relação aos municípios das outras federações existentes. A partir da Constituição Federal de 1988 ampliou-se significativamente a autonomia dos municípios nos aspectos político, administrativo e financeiro, integrando-os expressamente na federação brasileira (MELO FILHO, 2009).



Na República Federal da Alemanha, nos anos 1970, também se pensou em aumentar a esfera do município na organização do Estado, pela reforma da Constituição. No entanto, a Comissão da Câmara dos Deputados (*Bundestag*) emitiu parecer negativo à alteração da posição constitucional do município no ordenamento federativo alemão.

Em nenhuma outra união federativa contemporânea o princípio da autonomia municipal alcançou o grau de caracterização política e jurídica tão alto e expressivo quanto na Constituição Federal de 1988 (BONAVIDES, 2010).

Isso torna a posição ocupada pelos municípios no sistema federativo brasileiro singular em relação à dos municípios das outras federações existentes no mundo. Assim, a autonomia municipal é muito semelhante à dos estados e da União, tendo apenas menos amplitude (MELO FILHO, 2009).

## **2.2 O federalismo brasileiro e a questão fiscal**

O evento mais importante para o sistema tributário brasileiro foi a reforma ocorrida entre 1965 e 1967, de concepção moderna e inovadora, considerada avançada para a sua época, que mantém seus elementos estruturais mesmo após a outra grande reforma, a de 1988, que forçou a descentralização nos marcos do sistema de 1967.

Esse sistema tinha três elementos principais: reforço da capacidade tributária própria de estados (criou o Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias - ICM) e municípios (criou o Imposto sobre Serviços - ISS); transferência de receitas federais a estados e municípios de pouco desenvolvimento e reduzida população e partilha federativa de recursos para investimentos em infraestrutura (transportes, energia e telecomunicação) e partilha da receita estadual originada do ICM com seus municípios.

A reforma consolidou um sistema estável e seguro de recursos para os governos subnacionais que pretendia diminuir a brecha (*gap*) vertical e adequar recursos a encargos.

Foram criados o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos municípios (FPM), formados pelo aporte de 10% das receitas dos principais impostos federais, à época (renda e produção industrial). O FPE tinha

clara orientação redistributiva (mais recursos para estados com menor renda *per capita*) e o FPM tinha critério populacional, privilegiando pequenos municípios, com intenção de frear o ritmo acelerado de urbanização.

A partir de 1968 inicia-se um período de forte centralização de recursos fiscais no governo federal, reduzindo as transferências dos fundos de participação e aumentando suas condicionalidades. A intenção política era manter estreito controle sobre governos estaduais e o interesse econômico era garantir recursos ao governo federal para implantar o II Plano Nacional de Desenvolvimento.

Detectou-se esforço descentralizador de 1980 a 1988. Com a eleição direta de governadores em 1982, houve polarização entre o governo federal e os estaduais e a ampliação da base dos fundos de participação por meio de emendas constitucionais. Todo o período foi marcado por restrições financeiras dos estados e receita estagnada em 6% do Produto Interno Bruto (PIB), levando a práticas pouco ortodoxas de financiamento, aprofundamento de conflitos verticais, culminando com a posição unilateral de ajuste fiscal pelo governo federal, no início dos anos 1980.

A partir de 1985, o governo federal, não conseguindo êxito no ajuste fiscal dos estados, começou a salvá-los.

A reforma constituinte de 1988 forçou a descentralização, trazendo mudanças favoráveis aos governos subnacionais (ampliação dos coeficientes dos fundos de participação, criação do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS - para estados). Destaca-se a descentralização do atendimento básico de saúde e a educação básica, com ampliação das transferências federais para financiamento dos programas nacionais executados pelos governos locais, principalmente para o SUS e o Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF).

Nos primeiros anos após 1988, houve redução das receitas disponíveis para o governo federal, levando-o a ampliá-las por meio da exploração de receitas não compartilhadas, as contribuições sociais.

A estabilização da economia alcançada pelo governo federal, em 1994, encontrou os governos estaduais muito fragilizados, posto que já viessem de uma situação financeira agravada, e fortaleceu o governo federal, que promoveu amplo ajuste fiscal após 1998. Esse período explicitou as tensões existentes no plano federativo, pois não houve arranjos institucionais para soluções negociadas, tais

como os existentes em outras federações (por exemplo, na Austrália, os conselhos intergovernamentais).

O cenário com governos estaduais sem acesso a crédito, com baixo dinamismo do ICMS, devido à guerra fiscal entre estados e pela desoneração das exportações, levou ao seu encolhimento político, ao contrário do governo federal, que se tornou fortalecido pela estabilização da economia em 1994.

A tendência à perda de receitas de estados e de ganhos dos municípios que vinha do início dos anos 1990 ficou evidente após 1998, resultado, segundo Prado (2007), da expansão dos dois programas nacionais setoriais, saúde e educação, que transferem rendas da união diretamente aos municípios.

Ao observar a receita disponível para os três níveis de governo, no período de 1962 a 2005, Prado (2007) comparou a faixa de 1962 a 1968 à de 1994 a 2005 e concluiu que a descentralização brasileira mostra o seguinte quadro: a União, nos extremos do período (1962-1968 e 1994-2005), continuou com o mesmo nível de receita disponível, os estados perderam e os municípios aumentaram sua participação.

Assim, o período após 1988 foi marcado, primeiro, por descentralização, depois pela estabilização da economia, pela crise dos estados e, por fim, pela recentralização fiscal pelo governo federal.

Evidenciou-se, então, a forte posição da União, que negociava diretamente com municípios e isolava os estados, revelando-se a fragilidade política e econômica dos estados, reduzindo o escopo da atividade política dos governadores e gestores estaduais, inclusive os da saúde.

Há, na federação brasileira, ausência da organização hierárquica típica de outras federações, pelo estatuto peculiar dos municípios dotados de plena autonomia em relação aos estados; acresce-se a isso a distribuição vertical de recursos, com a ampliação do financiamento municipal e fragilização de governos estaduais, que não dispõem de meios fortes para indução de políticas.

Essas evidências mostram a necessidade da discussão sobre o pacto federativo brasileiro e da adoção de mecanismos de cooperação intergovernamental e de equalização fiscal, presentes em outras federações.

Nessas federações, a equalização tem dimensão estadual/provincial: o governo federal transfere recursos para adequar as capacidades de gasto de

estados e municípios tomadas em conjunto. A redistribuição interna a elas é prerrogativa do governo estadual/provincial.

Conclui-se que a descentralização no Brasil seria mais bem caracterizada como municipalização, em que a execução efetiva do gasto foi deslocada para o município, gerando fragilidade dos estados, dificultando a gestão de políticas por esse nível. A queda de sua participação na receita disponível dificulta o financiamento de seus encargos. A rigidez das transferências federais obriga os estados a rigoroso ajuste fiscal, prejudicando investimentos.

Nesse contexto, o governo do estado de Minas Gerais, no período de 2003 a 2010, adotou o denominado “Choque de Gestão”, um conjunto de iniciativas para dotar o estado da capacidade de enfrentar os desafios impostos para o desenvolvimento. O PMDI 2003-2007 expressou as quatro prioridades do governo para a gestão: a) alcançar equilíbrio fiscal, praticando disciplina financeira, com orçamentos realistas, sendo instrumentos efetivos de gestão com programação e execução confiáveis e previsíveis; b) intensificar o esforço de geração de receitas e, especialmente, de melhoria da arrecadação da receita gerada, qualquer que seja sua natureza; c) zelar por melhor qualidade do gasto (planejamento, transparência, priorização e aperfeiçoamento do controle dos gastos do Governo, ao lado da revisão da legislação); d) solução para a questão previdenciária (74% da arrecadação destinavam-se à folha de pagamento do estado, sendo 44% consumidos com pagamento a inativos, com tendência a forte crescimento, sendo que em 2010 essa proporção poderá ser de 50%).

### **2.3 A política de saúde no contexto do federalismo brasileiro**

Dain (2000) mostrou que as duas vertentes de descentralização de recursos (por nível de governo e por hierarquia setorial) típicas de federações tomaram, no caso brasileiro, caminhos difíceis de serem harmonizados em torno dos objetivos de equidade. O elevado número de municípios (unidades políticas responsáveis pela escala mínima de prestação de serviços) concorreu para a fragmentação excessiva da receita tributária, dificultando a organização e hierarquização de serviços setoriais; a descentralização de recursos pela via setorial (SUS) consolidou o mapa de oferta de serviços preexistente, limitando seu potencial redistributivo e sua

capacidade de influir decisivamente na alocação da oferta espacial de serviços (DAIN, 2000).

As duas vertentes da descentralização dificultaram ou impediram que políticas que objetivavam a equidade, como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001; 2002), pudessem ser plenamente implementadas, já que as instâncias gestoras supramunicipais (CIBs) são insuficientes para consolidar os sistemas regionais ou macrorregionais previstos na NOAS 01/2002, pois não têm governabilidade sobre as instâncias municipais e suas resoluções não têm força legal para tornar obrigatória a cooperação entre municípios.

Conforme constatado por Levcovitz, Lima e Machado (2001), o expressivo processo de habilitação, em alguma forma de gestão do SUS, principalmente dos municípios, resultou em elevado aumento das transferências automáticas do fundo nacional para os fundos estaduais e municipais de saúde. Isso fez com que, em dezembro de 2000, as transferências diretas entre fundos de saúde correspondessem a 60% dos recursos federais para a assistência, sendo a maior parte para os fundos municipais de saúde.

Outro indicador da descentralização dos recursos federais foi o percentual da população residente em municípios e estados que recebiam recursos diretamente em seus fundos de saúde: 99,7%, em dezembro de 2000. Apesar dessa descentralização, observava-se, em dezembro de 2000 variados graus de autonomia em relação à execução dos recursos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Peres (2002) questionou a proposta de descentralização que vinha sendo implantada no sistema de saúde brasileiro, nos anos 1990, como sinônimo de municipalização, sendo esta considerada, então, um dogma para a organização dos serviços.

A autora, analisando a política pública de saúde em um país federativo como o Brasil, destacou a existência de disputa pelo poder entre os estados e o governo federal. E considerou que a descentralização por meio da municipalização não foi uma opção técnica, mas representava uma vitória do poder do governo federal sobre os estaduais, pois aquele continuava controlando o processo, por meio de normas e portarias, além da sua expressiva participação no financiamento do SUS.

Essas normas, de certa forma, infringiam a autonomia dos entes federados, prevista no artigo 18 da Constituição Federal de 1988. Assim, os governos estaduais

eram meros coadjuvantes no processo de organização do SUS, não podendo adequar as regras de organização e financiamento às suas características geográficas, sociais e econômicas (PERES, 2002).

Diante do grau e das características da descentralização alcançada em relação aos recursos e da estrutura institucional para a tomada de decisão no SUS, Arretche (2003) analisou os mecanismos institucionais que deveriam produzir gestões locais que atendessem aos objetivos de bem-estar e qualidade da atenção à saúde dos cidadãos.

Observou que não há garantia de que a autonomia dos governos locais os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades e eficientes. A autonomia cria oportunidades para que governantes implementem decisões conforme suas próprias preferências, que podem ser compatíveis ou não com o interesse público e o bem-estar da população (ARRETCHÉ, 2003).

Embora a NOAS 01/2002 tenha definido a regionalização como uma estratégia para alcançar o objetivo de equidade, a definição da capacidade de oferta de serviços esteve em poder do gestor local do município referenciado.

Para os casos de oferta de serviços de média e/ou alta complexidades, a decisão sobre a capacidade ficou, em geral, sob o comando dos gestores de municípios que são polos regionais ou macrorregionais de assistência. A eles, pode-se supor, coube, sob a coordenação do gestor estadual, a microalocação dos recursos federais em sua região ou macrorregião, dispondo de determinado poder sobre a produção de equidade da assistência pelo sistema.

O SUS reforçou, ao longo dos anos 1990, relações intergovernamentais que priorizam a municipalização em detrimento de relações federativas mais clássicas entre as três esferas de governo. A heterogeneidade da configuração municipal, quanto à capacidade administrativa dos governos locais e às escalas mínimas compatíveis com a descentralização de políticas públicas, associada às desigualdades socioeconômicas nos territórios, dificultaram ainda mais a clara definição de encargos por nível de governo (DAIN, 2000).

Apesar das tentativas do nível federal de promover a equidade, a disputa local pelos gastos sobrepõe-se sobre as demais diretrizes, tornando questões como a redução de desigualdades e a qualidade da política, secundárias. Não há garantia de que os recursos sejam gastos de acordo com os critérios utilizados para definir as necessidades, dada a irracionalidade do mapa municipal brasileiro, que tende a criar

necessidades de receita em unidades assistenciais muito fragmentadas, desvinculadas e sem compromisso com as necessidades da população e com a eficiência da gestão (DAIN, 2000).

A publicação do Pacto pela Saúde 2006 respondeu, em parte, a algumas das questões levantadas por Dain (2000) e Arretche (2003).

O Pacto pela Saúde 2006, construído entre as três esferas de governo, tem potencial para a melhoria e consolidação do SUS. O desenvolvimento dessas potencialidades relaciona-se ao funcionamento da estrutura federativa e política.

A concentração da autoridade política varia nos estados federativos de acordo com as relações entre os Poderes Executivo e Legislativo no plano federal e com a distribuição de atribuições entre os níveis de governo. Dessa estrutura depende a capacidade de coordenar políticas nacionais.

Além desses condicionantes, a concentração da autoridade política varia entre as políticas particulares de acordo com as relações intergovernamentais em cada área específica. Analisando a distribuição federativa da autoridade política nas políticas sociais brasileiras, Arretche (2004) observou que as instituições políticas nacionais tendiam a dotar o governo federal da capacidade de coordenação das políticas sociais, não importando as tendências centrífugas decorrentes da descentralização fiscal e da fragmentação do sistema partidário.

Porém, a autoridade do governo federal para induzir decisões dos governos locais que coincidam com suas prioridades permanecia limitada, dada a autonomia fiscal e política dos municípios, que podem não aderir às políticas federais. A autonomia dos governos estaduais e municipais lhes permite adotarem agenda própria, independentemente do Poder Executivo federal, devido às garantias constitucionais de que dispõem (ARRETCHE, 2004).

Mas, no caso da política de saúde, a União se encarrega da maior parte do financiamento e formulação da política e da coordenação das ações intergovernamentais, significando que o Ministério da Saúde tem a autoridade para tomar as decisões mais importantes. As políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências de recursos e das regras definidas pelo governo federal, que dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas locais, afetando sua agenda.

Os resultados redistributivos da concentração de autoridade no governo federal não se evidenciaram na política de saúde, pois a municipalização dos

serviços não reduziu desigualdades na sua oferta, entre municípios (ARRETCHE, 2004).

A Constituição Federal de 1988 forneceu as bases para a municipalização do SUS e as Leis Orgânicas (8.080/90 e 8.142/90) criaram e consolidaram a arquitetura legal para a municipalização do sistema público de serviços de saúde, sendo seguidas de várias normas com o mesmo efeito nos anos 1990.

Esse modelo de descentralização entendida como municipalização apresentou vantagens, mas trouxe problemas de fragmentação do cuidado e pulverização de recursos públicos sem efetividade. Cada município passou a defender os interesses de seus munícipes como os mais importantes, decorrendo daí que grande parte dos cidadãos de um mesmo estado ou região tem seu acesso relativamente aquém dos outros, dependendo de seu local de moradia.

Assim, segundo Silva e Mendes (2004), a descentralização pela municipalização necessitava ser revista.

Os autores utilizaram o termo “municipalização autárquica” para expressar o modelo de descentralização da saúde adotado pelo Brasil. Para a substituição da municipalização autárquica, propuseram outra forma de descentralização que considerasse todo o território e fluxos necessários para o cidadão ter acesso a todos os serviços de que necessitasse: os sistemas microrregionais de saúde (SILVA; MENDES, 2004).

Silva e Mendes (2004) defendem que o paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento da microrregião de saúde, em que os municípios, em associação entre si, com apoio da União e do gestor estadual, serão gestores das ações de atenção primária e secundária à saúde, constituindo um sistema microrregional de serviços, com base na cooperação gerenciada. A regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, constrói escala adequada para a oferta racional e de qualidade dos serviços de saúde.

Nesse modelo, as redes de atenção à saúde podem se organizar de forma a combinar concentração e dispersão de serviços de acordo com a necessidade, complexidade, tecnologias envolvidas, sempre na perspectiva de ofertar ao cidadão o melhor cuidado, em menos tempo e no melhor lugar. O objetivo da regionalização cooperativa é garantir o acesso rápido dos usuários do SUS a serviços de qualidade, ao mais baixo custo social, econômico e sanitário possível.



Silva e Mendes (2004) listaram vários princípios da regionalização cooperativa e apuraram que deverá haver a responsabilização de cada ente federativo pela saúde da população, para serem identificados de modo que os cidadãos possam usar o voto como poder de controle ou veto.

Os autores elaboraram, nesse trabalho, uma proposta de organização da rede de atenção que serviu de modelo para o estado de Minas Gerais no período de 2003 a 2010 (SILVA, MENDES, 2004).

A proposta da regionalização cooperativa poderia responder ao problema constatado por Dain (2000), dado pelo mapa municipal no Brasil, em que se criam necessidades de receita em unidades assistenciais pequenas, compondo um sistema fragmentado, sem compromisso com eficiência da gestão e com necessidades da população.

Gerschman e Viana (2005) mostraram que o processo de descentralização na saúde, dependente do perfil de financiamento fiscal e setorial, desenhou um duplo sistema de saúde no qual dois grandes tipos de SUS (um dependente e o outro autônomo em relação ao recurso federal, seja fiscal ou setorial) foram caracterizados. O primeiro tipo é o dependente, com forte presença nas regiões Norte, Nordeste e também Centro-Oeste, onde são expressivas as participações das transferências no total da receita, incluindo a transferência no SUS.

Esse modelo é mais forte nos municípios menores, onde, além desse perfil de participação se manter, os valores *per capita* de receita são bem mais altos que os dos maiores centros. Esse SUS tem fortes características de atenção básica, pouca expansão de rede física, altamente dependente dos recursos federais. Neste tipo, espera-se forte impacto dos incentivos federais para implementar programas, ou seja, para as autoras, ele tem completo alinhamento com as diretrizes federais (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Gerschman e Viana (2005) consideraram que esse tipo de SUS emergiu do modelo de descentralização da segunda metade dos anos 1990 e dos incentivos vinculados a esse mesmo processo.

O outro modelo, considerado autônomo, apareceu nas regiões Sudeste e Sul e nos maiores centros, onde as receitas próprias *per capita* são mais altas que as receitas de transferências fiscais e setoriais. A participação dos recursos SUS e das transferências era decrescente e pouco sensível ao crescimento populacional e à demanda, sendo o recurso próprio o maior responsável pelo incremento ou não do

gasto setorial. Consideram esse SUS autônomo, por dispor de receita própria e que poderia ter relativa autonomia em relação às diretrizes federais (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Apresentando a evolução do financiamento do setor saúde após a Constituição Federal de 1988, Dain (2007) mostra que essa análise é interessante não apenas do ponto de vista econômico, mas também na perspectiva das relações políticas no campo federativo, já que a CF de 1988 definiu, em seu artigo 198, § 1º, que o financiamento da saúde seria mantido pelo Orçamento da Seguridade Social (OSS) nos três níveis de governo.

O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias previu a destinação de 30% do OSS para a saúde, porém, os programas universais, por sua pouca capacidade de defesa, segundo a autora, foram sendo progressivamente isolados na luta pelo acesso às fontes de receita vinculadas pela Constituição. Ao longo da década de 1990 verificou-se, de forma cada vez mais acentuada, a não observância a esse dispositivo que regia os repasses do Ministério da Previdência Social ao Ministério da Saúde (DAIN, 2007).

Esse descompromisso obrigou o setor saúde, especialmente o Ministério da Saúde, a investir na busca de fontes alternativas e permanentes, chegando ao fim da década com a aprovação da Emenda Constitucional número 29 (EC nº 29), que regulamentou a provisão de fundos das três esferas de governo ao seu financiamento.

Naquele período, as contribuições sociais (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS; Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS-PASEP; Contribuição sobre o lucro líquido das empresas - CSLL; e Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF), que Dain (2007) qualificou como tributos disfarçados, aportadas na competência da União, conseguiram ampliar a capacidade de financiamento dos programas universais. Mas a solução encontrada para a recuperação de receitas via contribuições sociais promoveu a recentralização de recursos no governo federal, significando, na maioria dos casos, uma volta à tributação cumulativa praticada antes de 1967, quando foram criados o ICMS e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para substituir o significativo número de tributos indiretos em cascata, anteriormente vigentes.

Nesse estudo, Dain (2007) demonstrou que o crescimento da carga global de tributação (de 29% do PIB em 1998 para 35,9% do PIB em 2006) foi fortemente influenciado pelas contribuições sociais indiretas, que recuperaram a participação federal na receita tributária disponível, aos níveis dos anos 1960, sendo que a participação dos municípios praticamente duplicou, em detrimento da representatividade dos estados, no total da carga tributária disponível. Essa variação da participação dos entes federativos na carga tributária dos anos 1960 à década de 2000 também foi salientada por Prado (2007).

A autora afirma, ainda, que o modelo de descentralização da saúde que fortaleceu os municípios reproduziu-se no plano das relações fiscais intergovernamentais, transmitindo ao pacto federativo do SUS a fragilidade fiscal dos estados e a deterioração de sua base vinculável para financiamento do SUS, nos termos da EC nº 29 (DAIN, 2007).

Julga-se que isso explique, em grande medida, a grande dificuldade que encontraram os estados de proporem políticas e de desenvolverem redes de serviços que contemplassem os vazios de assistência e que, portanto, induzissem a realocação dos recursos federais de custeio para promoção de equidade no acesso a esses serviços e ações de saúde, ao longo dos 20 anos de existência do SUS.

Ainda nesse trabalho de 2007, Dain registrou que as transferências intergovernamentais no SUS foram relevantes para os governos subnacionais e que os recursos destinados à atenção básica (do Piso de Atenção Básica variável) e às ações estratégicas financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) foram as transferências mais dinâmicas nos 10 anos que antecederam o estudo.

Sendo assim, municípios que conseguem realizar os programas são aqueles que têm estrutura para tal, fazendo do mecanismo de transferências fundo a fundo incapaz de corrigir as diferenças existentes na capacidade de ofertar serviços, não promovendo a equidade. Apesar de serem extremamente variados, os incentivos financeiros não obedecem a critérios voltados para a correção da heterogeneidade na organização de redes de serviços; seria necessária a revisão dos critérios de repasse para a conformação de redes assistenciais (DAIN, 2007).

A forma de financiamento proposta no Pacto pela Saúde de 2006 poderia reduzir a fragmentação das transferências, aumentando a autonomia dos governos

locais, mas a autora sugere que se poderiam rever critérios a favor da promoção da equidade.

Seu argumento baseia-se em estudos que mostram que, em 2002, houve tendência das transferências a se tornarem mais equitativas, mas não o suficiente para diminuir desigualdades inter e intrarregionais das receitas públicas municipais, nem a situação desfavorável dos municípios médios.

De acordo com Lima (2007), há duas ordens de fatores que têm moldado o posicionamento dos atores federativos e suas relações de cooperação e conflito, estimulando a criação de novos mecanismos e critérios de redistribuição de recursos federais para a saúde, a partir da segunda metade da década de 1990.

Um primeiro grupo de fatores relaciona-se à estrutura, no federalismo fiscal brasileiro, da divisão de competências tributárias (qual nível de governo arrecada e administra quais tributos) e dos dispositivos que determinam a partilha entre níveis de governo dos recursos arrecadados. A segunda ordem de fatores refere-se ao modo como se operam as transferências federais para financiar ações e serviços do SUS nos municípios, conforme a sua capacidade instalada e produção de serviços (LIMA, 2007).

Discutindo os efeitos do federalismo fiscal sobre o financiamento do SUS, o modelo de transferências federais para o SUS e seu potencial redistributivo, a autora conclui que há deficiências no sistema tributário, que não atende aos requisitos de equalização fiscal e criação de níveis mais homogêneos de capacidade de gastos das esferas subnacionais de governo. Quanto às transferências para ações e serviços, tiveram efeito limitado na redistribuição fiscal e na redução de desigualdades nas receitas para a saúde, pois guardaram relação com a capacidade instalada e a série histórica de gastos (LIMA, 2007).

Diante desse quadro, no período de 1998 a 2004, alteraram-se regras do financiamento federal no âmbito de estados e municípios que não se subordinaram apenas à lógica da oferta e produção. A decisão sobre as regras que informam o financiamento federal é tomada nas instâncias de representação intergovernamental do SUS que refletem as tensões federativas e disputas por recursos (LIMA, 2007).

Há que se refletir sobre a representação intergovernamental nas instâncias que decidem sobre as regras que informam o financiamento federal e como essas regras podem ser favoráveis ou não para mudar o quadro de capacidade instalada e reduzir desigualdades.

A CIT é a instância máxima de decisão sobre as regras de financiamento, no âmbito do SUS, tendo por competências: “pactuar questões relativas ao financiamento das ações e serviços de saúde e aos investimentos no âmbito do SUS, observadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2009a).

A representação intergovernamental na CIT é constituída, paritariamente, por 18 membros, sendo seis representantes do Ministério da Saúde, seis do CONASS e seis do CONASEMS; cada instituição integrante indica também os respectivos suplentes (BRASIL, 2009a).

A CIT é, portanto, composta de representantes indicados por ocupantes de cargos indicados por alguém eleito pelo voto popular, nos casos do CONASEMS (secretários municipais, indicados por prefeitos) e do CONASS (secretários estaduais, indicados por governadores); no caso dos representantes do Ministério da Saúde, são indicados pelo Ministro de Estado da Saúde, que, por sua vez, é indicado pelo Presidente da República.

Embora a cadeia de legitimação do poder dos representantes retroaja ao voto popular, sua representação muitas vezes decorre de composições partidárias para a governabilidade de estados, municípios e até da União, podendo traduzir interesses abrigados nos partidos, que podem não coincidir com o interesse imediato das populações representadas.

Outro ponto a ser lembrado é que as decisões dos membros da CIT são subsidiadas pela Câmara Técnica, um núcleo de grande poder, não só na CIT, como também nas CIBs e que recebe influência dos grupos de trabalho.

Entre as competências da Câmara Técnica, estão: a elaboração das pautas das reuniões, após ter analisado e fundamentado os temas a serem pactuados pelo Plenário da CIT; a assessoria ao Plenário com a função de subsidiar tecnicamente os processos de pactuação (a partir de estudos e análises); a coordenação e avaliação dos grupos de trabalho; a participação nas reuniões do Plenário; e a assessoria aos membros da CIT no desenvolvimento dos trabalhos.

Ou seja, a Câmara Técnica tem muito poder, conferido pelas suas atribuições de influenciar as decisões da CIT sobre as regras de financiamento no SUS e é composta de dois representantes do Ministério da Saúde, dois do CONASS e dois do CONASEMS, podendo contar com grupos de trabalho permanentes ou eventuais, constituídos também por técnicos das três instituições.

Grupos de interesses variados poderão exercer pressões sobre os grupos de trabalho e sobre a própria Câmara Técnica, sendo essa a primeira instância a ser convencida da pertinência e relevância das questões a serem debatidas pela CIT.

Com esse arranjo democrático, a representação intergovernamental que decide sobre a alocação dos recursos no SUS, inclusive, e principalmente os federais, que respondem pela maior parte do financiamento do SUS e que poderão determinar as ações na base do sistema, é um colegiado em que, aparentemente, todos os níveis têm o mesmo peso.

Porém, como detentor de maior parte dos recursos, o nível federal tem mais peso do que os outros entes federados, podendo conseguir no processo aliados com mais facilidade.

Já a representação do nível municipal poderá ou tender a acompanhar quem lhe pode oferecer sustentação financeira para seus compromissos ou exercer seu poder de pressão sobre os demais, conferido pela sua condição de executor e gestor da maioria das ações e serviços no país, além da representação de mais de cinco mil municípios.

Nesse processo, os representantes dos estados são a parte com menos peso e, por isso, somente terão seus pleitos e posições apoiadas em duas situações.

A primeira é quando sua proposta atenda aos interesses imediatos dos outros entes; e a segunda, caso a proposta contemple interesses estaduais, que tenha fundamentação tão inequívoca que convença os outros entes.

Como, na arquitetura normativa do SUS, cabe aos estados o papel de coordenação do sistema estadual, supõe-se que suas propostas serão mais tendentes à construção de arranjos de redes de serviços que ultrapassem o nível municipal, oferecendo mais probabilidades de promover equidade de acesso aos cidadãos de municípios mais pobres.

Diante disso, entende-se que a disputa por recursos na CIT (como também nas CIBs) sempre será mediada por interesses que serão tanto mais voltados para a promoção da equidade de acesso aos serviços quanto mais qualificada for a representação dos estados.

A razão da necessidade de grande qualificação das propostas do nível estadual é que este ente não conta com o poder de convencimento de grande volume de recursos, como o nível federal, nem com a pressão direta do volume de serviços a serem executados, como o nível municipal.

Essa análise é corroborada por Miranda (2003) que, como membro da CIT, acompanhou suas reuniões e analisou atas do período de 1997 a 2002, além de entrevistar gestores membros da CIT. Sobre a atuação do Ministério da Saúde, o autor acrescentou que o nível federal não apenas influenciava fortemente as decisões, pelo poder que detinha de distribuição de recursos, mas também, em muitas ocasiões, trazia decisões já tomadas para a CIT referendar.

Miranda (2003) mostrou, ainda, que nos discursos analisados, quando apareceram as referências a “interesses particulares” e “ingerências políticas”, essas tinham conotação negativa por quem as referiu. E que, muitas vezes, além de representar os supostos interesses, necessidades e desejos da população, representavam também outros interesses, tais como das prefeituras, dos prefeitos, das secretarias de saúde (que o autor classificou como particulares) e, no seu caso, às vezes, os seus próprios interesses, por estar “envolvido num jogo em que as regras formais e informais não me permitiam muito mais do que a competição, entre as inúmeras demandas de recursos para o custeio do que convencionamos chamar de ‘sistema de saúde’” (MIRANDA, 2003).

Diante da desigualdade entre municípios e estados brasileiros, a ausência de planejamento integrado de critérios para as transferências e a não inclusão dos recursos SUS no sistema de partilha reforçam e geram novos desequilíbrios orçamentários. Essa falha no planejamento e na divisão de recursos dificulta a homogeneização da capacidade de gasto público em saúde nas esferas subnacionais, conforme constatado por Lima (2007), e também constitui outro desafio para os estados.

O nível estadual de governo foi o que mais perdeu participação relativa na receita disponível no período de 1962 a 2005, situação que os impede, inclusive, de comparecer com mais poder de voto nas instâncias decisórias de recursos para o SUS, para propor a integração de critérios para as transferências aos níveis subnacionais.

Assim, é desejável que os estados se organizem para a proposição de uma reforma tributária em que o sistema de partilha acolha todos os recursos de todas as modalidades de transferências e que restabeleça o equilíbrio federativo, aproximando os entes entre si, do ponto de vista dos gastos sociais, em especial o de saúde.

### **3 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Como possível consequência das restrições fiscais, da autonomia municipal e do rumo tomado pela descentralização, que radicalizou na municipalização das ações de saúde, tornando estreito o relacionamento entre o governo federal e municípios, no que se refere à normatização e financiamento das políticas, os estados desempenharam papel secundário na organização do SUS na sua primeira década de existência.

O afastamento institucional ocorrido refletiu-se no baixo financiamento das ações e serviços de saúde por parte do ente estadual, na maioria dos estados.

Embora existisse a obrigação constitucional e na legislação própria da saúde de participação desse nível de governo, não havia definição sobre critérios orçamentários e financeiros.

Com a promulgação da EC nº 29 houve o disciplinamento dos aportes para cada esfera de governo, sendo que os estados deveriam aplicar o percentual de 12% de seus recursos próprios em saúde.

A TAB. 1 mostra os valores em Reais e os percentuais de recursos próprios aplicados pelos estados na despesa com saúde, por habitante, nos anos de 2002 e de 2009. Apresenta, também, a diferença de valores nos aportes de cada estado, entre 2002 e 2009, e o percentual de aumento nos valores aplicados, além do total aplicado no período de 2002 a 2009.

Para acompanhar o comportamento da despesa com recursos próprios dos estados no período, a TAB. 1 está estruturada da seguinte forma: foi realizada uma classificação das Unidades Federativas (UF) no sentido dos mais altos valores para os mais baixos, sendo que o primeiro colocado em cada coluna é sempre o de mais alto valor para cada item observado.



Tabela 1 - Despesa dos estados com recursos próprios em saúde, por habitante por ano e por UF, 2002 e 2009

Classificação	2002				2009				Diferença 2009-2002				Total 2002 a 2009	
	UF	R\$	UF	%	UF	R\$	UF	%	UF	R\$	UF	% do aumento	UF	R\$
1	AP	205,41	AM	25,11	AC	501,67	AM	23,2	AC	298,66	MG	375,98	DF	2.788,92
2	AC	203,01	AC	13,46	DF	431,86	AC	17,2	DF	287,23	MA	375,68	RR	2.655,44
3	AM	189,84	RN	13,3	RR	423,25	RN	16,3	RR	239,98	MS	314,60	AC	2.450,97
4	RR	183,27	ES	12,91	AP	364,29	PB	16	TO	210,44	SC	302,14	AP	2.434,03
5	DF	144,63	AP	12,52	AM	335,29	PE	15,8	MS	194,99	PI	274,00	AM	1.949,93
6	TO	119,3	SP	11,76	TO	329,74	CE	15,8	RO	158,92	CE	273,10	TO	1.705,49
7	SP	101,05	PE	11,59	MS	256,97	TO	15,7	AP	158,88	RJ	266,42	RO	1.257,71
8	RN	81,68	TO	11,48	RO	232,65	MS	14,8	AM	145,45	PB	222,25	SP	1.251,57
9	ES	74,48	PB	10,52	ES	212,43	MG	14,7	SE	138,55	SE	220,73	MS	1.236,60
10	RO	73,73	RR	10,14	RN	209,25	DF	14,4	ES	137,95	PR	218,50	RN	1.149,06
11	SE	62,77	PA	9,88	SP	207,28	BA	13,9	RN	127,57	RO	215,54	ES	1.117,87
12	MS	61,98	DF	9,78	SE	201,32	GO	13,1	MG	126,18	MT	204,40	SE	1.093,63
13	MT	61,12	RO	9,47	MT	186,05	SP	12,7	MT	124,93	DF	198,60	MT	1.068,27
14	PE	56,08	BA	9,41	PB	172,47	SE	12,7	PB	118,95	GO	193,89	SC	894,86
15	PB	53,52	AL	9,39	PE	160,29	MA	12,6	SC	118,77	PE	185,82	GO	825,11
16	GO	48,9	MS	9,22	MG	159,74	RO	12,6	RJ	110,06	ES	185,22	RJ	820,50
17	AL	47,61	CE	8,18	SC	158,08	PA	12,4	SP	106,23	TO	176,40	MG	813,71
18	PA	44,51	GO	8,12	RJ	151,37	RR	12,3	CE	104,38	AL	171,77	PE	792,16
19	BA	43,77	SE	8,06	GO	143,71	RJ	12,2	PE	104,21	BA	161,39	PB	763,03
20	RJ	41,31	MT	7,72	CE	142,6	SC	12,1	GO	94,81	RN	156,18	AL	733,79
21	RS	39,5	MG	6,36	AL	129,39	AL	12,1	MA	84,34	PA	152,68	CE	684,21
22	SC	39,31	RJ	6,28	BA	114,41	AP	12	AL	81,78	AC	147,12	PI	678,30
23	CE	38,22	PI	6,07	PR	113,8	ES	11,8	PR	78,07	RS	143,77	PA	652,91
24	PR	35,73	PR	5,98	PA	112,47	MT	11,7	PI	76,61	RR	130,94	BA	642,03
25	MG	33,56	SC	5,9	MA	106,79	PI	10,1	BA	70,64	SP	105,13	PR	614,78
26	PI	27,96	RS	5,62	PI	104,57	PR	9,76	PA	67,96	AP	77,35	MA	558,19
27	MA	22,45	MA	5,56	RS	96,29	RS	7,24	RS	56,79	AM	76,62	RS	467,31

Fonte: SIOPS/MS. Elaboração própria.

Liderando a classificação no volume total de recursos próprios destinados à saúde, *per capita*, no período de 2002 a 2009, aparece o Distrito Federal, com R\$ 2.788,92, seguido dos estados da região Norte (exceto o Pará), onde o gasto variou de R\$ 2.655,44 (Roraima) a R\$ 1.949,93 (Amazonas); e depois o Tocantins, à frente de São Paulo.

As posições que os estados da região Norte ocupavam em 2002, em relação ao volume de recursos, são muito próximas das que ocupavam em 2009. Além disso, estão entre os oito estados que mais aumentaram o volume de recursos por habitante, mas não em percentual de seus recursos próprios, o que pode ser explicado pelo fato de já terem partido, em 2002, de patamares mais elevados em relação aos outros estados.

Em termos de percentual de recursos próprios destinados à saúde, percebe-se que a EC nº 29 conseguiu disciplinar a maioria dos estados: em 2002, apenas cinco estados (Amazonas, Acre, Rio Grande do Norte, Espírito Santo e Amapá) aplicavam 12% ou mais, exigidos a partir de 2004.

Já em 2009, apenas cinco estados deixaram de cumprir a determinação constitucional de destinar 12% dos recursos próprios para as despesas com ações e serviços de saúde (Espírito Santo, Mato Grosso, Piauí, Paraná e Rio Grande do Sul).

Observe-se que entre os que aplicam baixo percentual permaneceram entre as últimas cinco posições Piauí, Paraná e Rio Grande do Sul, sendo dois dos estados, situados na região Sul, a segunda em arrecadação de impostos no país, em 2002, de acordo com Lima (2006).

Além disso, o Rio Grande do Sul tem tido, tradicionalmente políticas de cooperação com os municípios, alocando recursos para aumentar o acesso a especialidades e para a atenção básica. Foi o estado que menos aumentou o volume, ocupando a última posição no total de valores *per capita* no período e em percentual, em 2009.

O estado de Minas Gerais, cuja política de regionalização é objeto de análise neste trabalho, passou da 21ª (2002) para a 9ª posição (2009), em termos percentuais, sendo o estado que teve o mais alto percentual de aumento no montante de recursos *per capita* no período, já que partiu de patamares muito baixos em 2002. O aumento foi coerente com a decisão política do governo estadual de

coordenar e organizar o sistema, implementando os programas de regionalização e de estruturação e qualificação da atenção primária, o “Saúde em Casa”, no estado.

Lima (2006), ao analisar os componentes das receitas correntes estaduais vinculadas à saúde, mostrou que 76,7% desses recursos, em 2002, provinham de receitas próprias dos estados e Distrito Federal, denotando o reduzido grau de dependência dos estados em relação aos recursos seletivos da saúde, quando comparados aos municípios.

Analisando-se os dados encontrados por Lima (2006), por região, em relação à composição das receitas correntes *per capita* dos estados vinculadas à saúde, e tomando-se apenas os impostos, que se relacionam estreitamente à capacidade própria do estado de gerar receitas, pode-se verificar que na região Norte estes correspondiam a 23,4% das receitas *per capita* vinculadas; no Nordeste, a 34,4%; sendo no Centro-Oeste igual a 58,6%; na região Sul, 61,3%; e no Sudeste, 71,0%.

Seria importante entender as razões dos percentuais de despesas com recursos próprios destinados à saúde se apresentarem mais baixos em estados como os do Sul, já que possuem arrecadações mais elevadas do que, por exemplo, a região Norte.

Para Lima (2006), ao estudar os dados de 2002, ficou claro que os impostos constituíam a principal fonte de financiamento da saúde para os governos estaduais brasileiros, chegando a representar 84,8% das receitas no Rio Grande do Sul; 82,6% em São Paulo e, em Minas Gerais, 57,9%, a participação menos significativa nos estados da região Sudeste.

Esse achado da autora é relevante para a regionalização do SUS, pois esses recursos são livres de condicionamentos da União, podendo ser alocados de acordo com o Plano Estadual de Saúde, que traduz o que a gestão de cada estado deseja construir dentro de suas limitações orçamentárias e financeiras.

Quanto mais autonomia de recursos tiver o estado, mais poder de decisão terá sobre o desenho da rede regionalizada que atenda às necessidades de serviços do seu território, inclusive corrigindo as distorções das transferências federais para pagamento de serviços, que seguem as séries históricas de produção.

Mendes (2001a) denominou de “municipalização autárquica” o processo de descentralização que construiu sistemas municipais isolados, sem inserção regional, que propiciou a fragmentação e o aparecimento de novas desigualdades, como as

barreiras de acesso para o cidadão de municípios menores aos municípios de referência.

Há outra visão sobre o movimento de descentralização no SUS. Marques e Mendes (2003), analisando a expansão dos gastos com a atenção básica, destacaram que, a partir de 1997, com o início da vigência da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB) (BRASIL, 1996), houve mudança qualitativa no financiamento federal. O Ministério da Saúde deixou o pagamento direto a prestadores como a forma preferencial de alocar recursos, priorizando as transferências a municípios. Outra mudança foi a priorização dada à atenção básica, sendo crescente a participação dos recursos a ela destinados no total das transferências.

Mas, contraditoriamente, no entender dos autores, ao mesmo tempo em que transferia mais responsabilidade aos municípios pela alocação de recursos federais, a União estabelecia condições para seu gasto. Ao separar os recursos para ações de média e alta complexidade e para a atenção básica, a União reforçou o papel definidor da política de saúde pela esfera federal, de tal forma que o mecanismo de transferências não aumentou a autonomia municipal na determinação das prioridades (MARQUES; MENDES, 2003).

Ainda sobre a perda de autonomia municipal na determinação da política, Marques e Mendes (2003) destacaram que as NOAS/2001 e 01/2002 aumentaram o número das rubricas para os gastos com ações de média e alta complexidade sobre uma base de recursos já expandida de recursos transferidos entre 1997 e 2001. Os autores mostraram que a participação dos recursos da média e alta complexidade partiu de 28,66% em 1997, passando a 40,62% em 2001; a atenção básica aumentou a participação de 15,68% em 1998 para 25,06% em 2001 nas transferências federais para municípios.

Se as NOAS/2001 e 01/2002 tiveram a intenção de promover modificações nas relações entre gestores estaduais e municipais do SUS, buscando implantar o processo de regionalização, também configurou a política pela via do financiamento, reforçando a centralização pelo Ministério da Saúde e restringendo a autonomia local (MARQUES; MENDES, 2003).

Pode-se concordar com os autores no que se refere ao constrangimento do exercício da autonomia municipal pelo condicionamento do gasto para níveis de atenção predeterminados. Mas entende-se que esse condicionamento teve a função de garantir recursos mínimos para a atenção básica, que historicamente foi relegada

pelo sistema de saúde e que foi priorizada pelo Ministério a partir de então, para iniciar sua construção e posterior consolidação. No período de 1997 a 2001, o aumento percentual de recursos da atenção básica foi maior do que os das ações de média e alta complexidades, conforme demonstrado no trabalho dos autores.

Pode-se contra-argumentar, entretanto, que, apesar do condicionamento dos recursos federais para determinados níveis de complexidade, a autonomia legal dos municípios se manifestava em dois aspectos cruciais para o sistema. O primeiro era, e ainda permanece, na definição dos prestadores públicos ou privados, a serem remunerados com os recursos federais, quase sempre conveniados sem contratos, de forma que não se conheciam os critérios utilizados para contratação.

O segundo aspecto da autonomia, que é de interesse para o presente estudo, aparece no arranjo da descentralização que Mendes (2001b) denominou de municipalização autárquica. Houve extrema concentração de recursos em poucos municípios, derivada do pagamento à oferta existente, processo que perpetuou as desigualdades inter-regionais e intermunicipais existentes.

Com recursos à sua disposição, os municípios investiram no que julgavam resolver seus problemas imediatos, como, por exemplo, na construção de hospitais com reduzido número de leitos e ineficientes, tendo-se em vista a baixa capacidade e qualidade de serviços, a baixa capacidade de gestão demonstrada pelas baixas taxas de ocupação e altas taxas de permanência e a baixa coordenação entre atividades ambulatoriais e hospitalares (MENDES, 2001b).

O esgotamento do modelo de municipalização radical foi se manifestando com as crises de assistência nos grandes municípios e com a pressão exercida pelos menores na busca de serviços de média e alta complexidades.

Com a constatação da impossibilidade de se construir um sistema de saúde que depositasse quase que exclusivamente nos municípios, a responsabilidade pela atenção integral à saúde, as NOAS 01/2001 e 01/2002, mostraram a necessidade de participação dos estados quando propuseram que o SUS avançasse na regionalização, para ofertar acesso às ações e serviços de mais complexidade aos cidadãos.

Esse movimento exigiu que as secretarias estaduais de saúde retomassem seu papel estratégico de coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde, devendo exercer todas as funções de saúde pública: formular, planejar, financiar,

monitorar, avaliar e regular, além de empreender esforços para conseguir a cooperação das secretarias municipais de saúde.

Alguns estados se anteciparam às normas legais e já articulavam seus municípios em torno dos objetivos de viabilizar e/ou ampliar o acesso aos serviços de mais complexidade e hospitalares e qualificar a atenção básica, colocando-se como coordenadores e alocando recursos nos municípios, sob condicionantes ou de forma livre.

O estado pioneiro nessa iniciativa foi o Rio Grande do Sul, na gestão do Governador Olívio Dutra, de 1999 a 2002.

Cunha (2002) buscou reavaliar o processo de descentralização da gestão da política de saúde que, até então, era mais comumente entendido como de municipalização, evidenciando-se a necessidade de recolocar os gestores estaduais do SUS no contexto das discussões sobre as relações intergovernamentais na área da política de saúde.

A análise das relações intergovernamentais fiscais e do setor saúde no estado do Rio Grande do Sul foi desenvolvida observando a capacidade do estado e municípios gaúchos de financiarem e organizarem o SUS de acordo com os marcos legais, a partir da experiência na região metropolitana de Porto Alegre, composta de 23 municípios.

As duas principais estratégias da SES/RS foram a “Municipalização Solidária da Saúde” e a “Saúde Solidária”.

A “Municipalização Solidária da Saúde” foi uma política de transferências de recursos estaduais do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, caracterizando a participação da SES/RS no financiamento e cooperação técnica com os municípios.

Essa era uma ação inédita no país, pois se tratava de repasse de recursos para gastos com saúde, independentemente de convênio. Os municípios deveriam cumprir um Decreto Estadual (nº 39.582/99) e deveriam gastar com aumento da oferta de ações e serviços de saúde, priorizando as especialidades, “configurando um movimento de regionalização e hierarquização das ações e serviços de média complexidade, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico” (CUNHA, 2002).

Já a estratégia “Saúde Solidária” (“Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS”) tinha como objetivo a recuperação financeira, atualização tecnológica, formação de rede regional de referência e

contrarreferência e reorganização da assistência hospitalar. Os hospitais que possuíam a maioria dos leitos eram filantrópicos, sendo que muitos eram regionais comunitários, que sofriam de problemas de financiamento, dada a lógica de remuneração do Ministério da Saúde, que valoriza mais a alta complexidade.

Após o diagnóstico, a SES/RS iniciou o repasse de recursos para os hospitais filantrópicos, classificando-os e hierarquizando-os para a formação de sistemas regionais de saúde (CUNHA, 2002).

A “Municipalização Solidária da Saúde” foi a estratégia de relacionamento entre o gestor estadual e os municipais e levou à cooperação na obtenção dos objetivos do SUS, no âmbito do estado, diferentemente das relações na esfera nacional.

Segundo a autora, ficou demonstrado que é imprescindível a atuação dos municípios, respeitados na sua autonomia e capacidade de identificar necessidades de saúde e meios de enfrentá-las. E ponderou que as ações isoladas levam à competição entre sistemas municipais e impedem a concretização dos princípios que fundamentam o SUS e que, portanto, a atuação do gestor estadual é importante para alcançá-la.

Cunha (2002) lembra que a “Municipalização Solidária da Saúde” foi uma forma de relacionamento político e financeiro entre entes federados na política de saúde, mas não se conseguiu restringi-la a uma política setorial, no momento das negociações.

Os gestores representavam municípios com diferentes capacidades fiscais, políticas administrativas e com autonomia para decidir e exercer influência sobre as negociações e traziam todos esses elementos nesses momentos.

A autora relatou, ainda, desgastes políticos devido à descentralização da gestão para as coordenações regionais, pois ocorreram conflitos entre a gestão estadual e a representação de secretários municipais, o que resultou na busca da aproximação direta da gestão estadual com os secretários municipais e com o Conselho Estadual de Saúde (CES).

Essas observações interessam nos relatos sobre a estratégia da SES/RS, por revelarem a extensão das dificuldades existentes nas relações entre níveis de governo, em que a negociação, quando se discutem benefícios para a população, é a única forma de obtenção de ganhos, já que não há, constitucionalmente, hierarquia entre os níveis.

Com o programa “Municipalização Solidária da Saúde”, o estado do Rio Grande do Sul garantiu aporte de recursos aos municípios, contribuindo para o desenvolvimento do processo de descentralização da gestão dos SUS municipais.

Um ganho apresentado foi a criação de uma rede de instâncias executivas e de controle social para garantir a aplicação dos recursos combinando necessidades municipais e prioridades regionais.

Efeito adverso não esperado da estratégia foi a indução de expansão da demanda nos municípios, que pressionaram a SES/RS por recursos adicionais, sendo providos pela União, num primeiro momento, mas, depois, arcados pela gestão estadual.

Além desses efeitos, a autora citada identifica como contradição da gestão municipal da capital gaúcha, esperar da SES/RS uma definição sobre a aplicação dos recursos da “Municipalização Solidária da Saúde” nos municípios, para redução da pressão por serviços de outros municípios em seu próprio território.

Cunha (2002) realçou o fato como contradição, pois há críticas das gestões municipais ao comportamento centralizador do governo federal em relação à aplicação dos recursos transferidos a municípios, expresso por meio das milhares de portarias ministeriais.

As relações intergovernamentais estão imbricadas com o financiamento das políticas entre os níveis de governo, seja na forma de transferências automáticas livres ou condicionais. No caso do Rio Grande do Sul, no período analisado por Cunha (2002), os incentivos eram transferidos do fundo estadual para os fundos municipais, sem condicionantes, mas com estímulos à organização de redes de atenção.

A experiência de alocação de recursos estaduais no Rio Grande do Sul foi avaliada por Pelegrini, Castro e Drachler (2005), para verificar seu potencial de desconcentrar recursos, conforme o tamanho da população residente e o nível de desenvolvimento humano municipal, no ano de 2001.

Verificou-se que houve um deslocamento de recursos financeiros para municípios com menos concentração populacional, que receberam recursos até então não captados pelas outras formas de financiamento, ocorrendo desconcentração de recursos. A análise mostrou que a política beneficiou os municípios com reduzido Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e que foi equitativa para as variáveis utilizadas no estudo.



Os autores destacaram que a alocação estadual gaúcha contrapôs-se às políticas até então aplicadas para o financiamento, que tem, historicamente, beneficiado os grandes aglomerados urbanos devido ao tamanho da população, no caso da atenção básica (que efetua a distribuição *per capita*) ou pela capacidade instalada (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

A partir de 2003, um conjunto de secretarias estaduais já exercia algum tipo de coordenação sobre os municípios, repassando recursos para a atenção básica mediante critérios estabelecidos, com base em prioridades.

Dain (2005), analisando os gastos de saúde das secretarias estaduais, mostrou sua importância na complementação e correção das distorções alocativas dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) federal, que, por ser distribuído *per capita*, tem baixo potencial para reduzir desigualdades.

Em 2004, os gastos agregados das SES de 21 estados, com atenção básica, eram equivalentes a aproximadamente R\$ 1,8 bilhões, enquanto o governo federal gastava R\$ 4,8 bilhões, revelando que o nível de gastos das SES em atenção primária equivalia a 41% dos repasses feitos pelo Ministério da Saúde (MS) aos estados, no mesmo período (DAIN, 2005).

A autora verificou, ainda, que a maior participação dos estados na atenção primária correspondia aos estados do Amazonas e de Sergipe, que, em 2004, tiveram dispêndio equivalente aos repasses efetuados pelo Ministério da Saúde. Os perfis de despesa eram bastante distintos, de forma que 72,66% dos recursos gastos pelo Amazonas ocorriam em Unidades Básicas estadualizadas, enquanto em Sergipe 64,91% dos dispêndios eram em Unidades Básicas que estavam sob gerência das secretarias municipais.

Os estados que aderiram ao apoio da atenção básica, com diferentes modalidades de repasses e prioridades, foram: Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Rio Grande do Sul.

Destaque-se que Espírito Santo e Minas Gerais repassavam recursos do Tesouro Estadual e não do Fundo Estadual de Saúde; e, no caso de Minas Gerais, eram (e ainda são) recursos vinculados à arrecadação de ICMS.

É relevante que esses estados utilizem o Tesouro como fonte, pois se trata de recursos genuinamente estaduais, o que amplia realmente o compromisso dos governos estaduais com a saúde e, ao mesmo tempo, permite aos estados se qualificarem para coordenar as políticas, articulando-se com os municípios para

construção de sistemas de base regional. Os Fundos Estaduais podem abrigar recursos da esfera federal, ficando o controle sobre o gasto estadual efetivo menos acessível à população representada pelos conselhos e outros órgãos fiscalizadores.

Em geral, as secretarias estaduais destinaram recursos para o Programa de Saúde da Família (PSF), complementando os recursos federais, mas é relevante notar que alguns estados também induziram a organização de sistemas municipais e regionais, tais como o Ceará, Mato Grosso e Minas Gerais.

O plano de alocação de recursos da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará baseou-se em três eixos: descentralização, regionalização e melhoria da qualidade de vida (MENDES, 2001b).

O modelo de regionalização induzido pela SES do Ceará foi o da construção de sistemas microrregionais de saúde, investindo em hospitais e ambulatórios que se integram à atenção primária. Esse modelo é semelhante ao que Minas Gerais implantou, a partir de 2003.

No Mato Grosso, além da iniciativa de qualificar a atenção primária, os investimentos foram dirigidos à organização de consórcios intermunicipais de saúde para estruturar o sistema de referência e contrarreferência. O estado destinou recursos, também, para a organização da rede de urgência e emergência, além dos municípios que garantissem os serviços nas áreas de reabilitação, hemoterapia e implantassem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O sistema de repasse de recursos ocorreu por meio do Fundo Municipal de Saúde, mas condicionado ao cumprimento de condições, nos três estados (Minas Gerais, Mato Grosso e Ceará), de acordo com Dain (2005), podendo-se verificar que são menos condicionados em Minas Gerais.

O estado de Sergipe, além da indução à qualificação da atenção básica, estabeleceu-se como coordenador do sistema, implantando o que a SES denominou de projeto de “Reforma Sanitária e Gerencial do Sistema Único de Saúde” no estado. Além de coordenar, a SES também produz serviços, de forma complementar aos municípios.

O estado propôs a organização de redes municipais, regionais e estadual de saúde. Para garantir a política, o Legislativo estadual aprovou 11 leis, regulamentando o funcionamento do SUS no estado, inclusive disciplinando o gasto e a responsabilidade de cada ente federado na saúde.

O que garantirá as ações, segundo a SES de Sergipe, serão os contratos de ação pública entre o estado e os municípios, para execução das ações e serviços de saúde.

O Colegiado Interfederativo Estadual (CIE) de Gestão da Atenção e do Sistema, composto de um representante de cada região, da capital e do estado, pactua as ações com os municípios e o Colegiado Interfederativo Regional (CIR), formado pelos municípios de cada região, e gerencia o Contrato de Ação Pública na região (SERGIPE, 2011). Esse modelo de gerenciamento é parecido com o sugerido no Pacto pela Saúde de 2006, que orientou a formação dos CGRs.

A desigualdade de acesso e a baixa eficiência do sistema foram os disparadores da mudança de direção da descentralização com tendência à municipalização radical ou autárquica iniciada nos anos 1990 para modelos menos fragmentados, no início da década de 2000.

O Ministério da Saúde respondeu a essa tendência com a publicação das NOAS 01/2001 e 01/2002, que não foram suficientes para alterar em profundidade o cenário de organização do SUS.

Naquele momento, já havia se iniciado o movimento de algumas secretarias estaduais que, a partir de suas estratégias de intervenção na atenção básica ou de coordenação dos sistemas estaduais, mesmo de forma incipiente, fortaleceram o CONASS, possivelmente influenciando a publicação e até mesmo a redação<sup>3</sup> do Pacto pela Saúde, em 2006.

Partindo das experiências bem-sucedidas ou em andamento, muitos governos estaduais retomaram seu lugar na organização do SUS e percebe-se que há tendência no sentido de buscar a construção de sistemas regionalizados, conformados em redes com base na atenção primária, aproximando-se dos modelos mais inclusivos e eficientes.

O Ministério da Saúde reconheceu esse movimento, que em alguns estados já está em desenvolvimento, publicando a Portaria Gabinete do Ministro (GM) nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Esta estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de

---

<sup>3</sup> Há muita semelhança entre as propostas de Silva e Mendes (2004) e da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Silva foi presidente do CONASS entre 2005 e 2006.

Saúde, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A proposta é bastante semelhante à das secretarias estaduais e do Pacto pela Saúde 2006. Inclui, também, a necessidade de incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde na organização dos CGRs visando à implantação da Rede de Atenção à Saúde.

Diante das experiências estaduais relatadas, observa-se que o forte incentivo seria o aporte de mais recursos no sistema, além da intervenção do Ministério, como maior financiador, na indução da adesão das secretarias municipais de saúde, especialmente dos grandes municípios, ao projeto. Recursos novos e negociação política deveriam ser a tônica das relações intergovernamentais nesse processo.

Estão previstas intervenções sistêmicas estratégicas com base em prioridades nacionais e de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde, de acordo com a Portaria GM nº 396, de 04 de março de 2011, que institui o projeto de “Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde” (BRASIL, 2011).

Há muitas experiências estaduais que poderão subsidiar o Ministério da Saúde. O capítulo 5 deste trabalho relatará a experiência do estado de Minas Gerais.

## 4 A REGIONALIZAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

### 4.1 Experiências internacionais

Nos últimos 30 anos, vários países, sejam os reconhecidos como Estados federais ou aqueles reconhecidos como Estados unitários, empreenderam processos de regionalização de seus sistemas de saúde, principalmente como forma de alcançar a eficiência, de aumentar a participação social e de aproximar a administração e a prestação dos serviços do cidadão que os receberia.

Nesta seção serão apresentadas experiências de regionalização e características dos sistemas de saúde que adotaram essa estratégia, envolvendo instâncias subnacionais na gestão do sistema, quais sejam: Canadá, Inglaterra, Itália, França. Além desses, há um grupo de países nórdicos que, embora tenham sistemas de proteção social altamente desenvolvidos, também promoveram ajustes. São eles: Dinamarca, Noruega e Suécia.

A explanação sobre esses sistemas tem o objetivo de conhecê-los de forma abrangente, observar como operam a regionalização e o que o Brasil, em especial Minas Gerais, poderia aprender com suas experiências.

Em relação à concepção do sistema, todos são universais, mas, para alguns serviços, instituíram o copagamento como forma de racionalizar o acesso, evitando sobreutilização, ou para obtenção de agilidade no acesso.

Em relação à concepção do sistema e à formulação de políticas de saúde, entre os sistemas universalistas, o do Canadá é um exemplo da possibilidade de combinar universalidade à equidade.

O Canadá é uma federação composta de 10 províncias e três territórios, sendo as províncias responsáveis pela maioria dos programas sociais, como educação, saúde e bem-estar. O governo federal tem a prerrogativa de iniciar programas nas províncias, que poderiam não aderir a eles, pelo seu grau de autonomia, mas na maioria das políticas ocorre a cooperação intergovernamental.

O programa universal de financiamento público da atenção hospitalar existe desde 1957 e o da atenção médica, desde 1965. O *Canada Health Act*, que faz

parte da legislação federal, implantado em 1984, especifica condições e critérios para que os programas de seguro-saúde das províncias e territórios recebam transferências federais, sendo um dos critérios a exigência de cobertura universal de todos os serviços médicos e hospitalares necessários, sem exigência de copagamento (CANADA, 2010a).

Há, no Canadá, uma política de equalização para reduzir as disparidades fiscais entre as províncias, que prevê a transferência de recursos federais para as menos ricas, para compensar sua capacidade de produzir receitas, permitindo-lhes prover os habitantes de padrões de saúde, educação e bem-estar comparáveis aos das províncias mais ricas. O programa foi estabelecido em 1982 e a transferência de recursos é incondicional, sendo as províncias livres para alocá-los de acordo com suas prioridades (CANADA, 2010b).

O seguro saúde financiado com recursos públicos, no Canadá, conhecido como *Medicare*, oferece cobertura universal para serviços médicos e hospitalares aos 33 milhões de habitantes, sendo que, destes, 13,4% têm 65 anos ou mais. O seguro é financiado pelos impostos em geral. A cobertura para outros serviços de saúde é provida, geralmente, por meio de um *mix* de programas públicos e seguros privados complementares.

Cada província é responsável por ofertar atenção em seu território de acordo com princípios estabelecidos no *Canada Health Act* e em conformidade com os acordos de financiamento intergovernamental (CANADA, 2010a).

Como no Canadá, o sistema de saúde na Inglaterra é universal, sendo a atenção provida pelo *National Health Service* (NHS) a todos os residentes. O país tem população de 64 milhões de habitantes, dos quais 16% têm idade de 65 anos ou mais. São cobertos os serviços médicos e hospitalares e medicamentos.

O sistema inglês tem sido utilizado como modelo para alguns países, como a Itália e o Brasil. É financiado por meio de impostos e exige-se pouca participação de copagamento (medicamentos para pacientes ambulatoriais, odontologia, serviços não médicos de oftalmologia). Cerca de 10% dos habitantes da Inglaterra têm seguro privado suplementar para cobrir a escolha de especialistas e acesso mais rápido a cirurgias eletivas (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Seguindo o modelo inglês, a Itália opera um sistema de saúde universal, que dá cobertura a todos os cidadãos e habitantes estrangeiros legais. O sistema público de saúde (*Servizio Sanitario Nazionale*) substituiu, em 1978, um sistema

bismarckiano de seguro saúde, passando a ser financiado por impostos (PAVOLINI, 2009). O governo central italiano determina um pacote de benefícios exigido como o mínimo que deve ser oferecido (serviços médicos e hospitalares e alguns medicamentos) e delega às 21 regiões do país as tarefas de controlar a distribuição das receitas tributárias e a responsabilidade pela organização e oferta de serviços de saúde. As regiões italianas têm alto grau de autonomia; a maioria aloca recursos *per capita* e atribui variados graus de responsabilidade para as autoridades locais de saúde.

A França também tem um sistema de saúde universal, oferecendo cobertura aos 64,7 milhões de habitantes (16,4% com 65 anos ou mais), com financiamento público cobrindo a atenção hospitalar e ambulatorial e medicamentos. Oferece cobertura mínima para cuidados oftalmológicos e odontológicos. Serviços de prevenção são oferecidos para populações definidas. O sistema francês prevê compartilhamento de custos para financiar serviços e medicamentos, de três formas: pagamento de taxas sobre os serviços e medicamentos listados no pacote de financiamento público (de acordo com o tipo de cuidado, o tipo de doença do paciente, a efetividade da droga prescrita e se o paciente for triado pelo clínico geral do sistema); copagamento não reembolsável quando se pagam preços acima dos valores de referência para médicos e dentistas (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Pelas características apresentadas pelo grupo de países nórdicos, aqui representados por Dinamarca, Noruega e Suécia, não seria prudente comparar seus sistemas de saúde com o brasileiro, pelas diferenças demográficas, socioeconômicas, políticas e culturais entre os dois, ainda mais acentuadas do que as observadas entre os outros países e o Brasil. Porém, sua inclusão nesta resenha tem por objetivo mostrar o movimento mais recente de regionalização da Dinamarca e Suécia, tendo a Noruega um sistema já regionalizado.

Dinamarca, Noruega e Suécia podem ser incluídas nos *welfare states* do tipo social-democrata, que se baseiam no princípio do universalismo e da desmercantilização dos direitos sociais (ESPING-ANDERSEN, 1991), compondo, então, um grupo de países com sistemas universais de saúde, com financiamento público e alto grau de acesso a serviços e benefícios de qualidade semelhante para toda a população.

Essa condição os diferencia até mesmo de outros países que se encontram também entre os mais ricos, mas que construíram *welfare states* dos tipos liberal (Estados Unidos e Canadá) ou corporativistas (França e Itália), ambos mantendo diferenças relativas aos direitos entre seus cidadãos (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Esses países têm outras características em comum, como o tamanho da população relativamente pequeno (5,5 milhões na Dinamarca; 4,7 milhões na Noruega; e Suécia com 9,1 milhões de habitantes) e com proporção de idosos variando de 14,6%, na Noruega, a 17,45%, na Suécia, além de estarem entre os sete países com os valores mais altos do PIB *per capita* do mundo, em 2008.

Quanto à responsabilidade pela organização da provisão, no Canadá, são as províncias e territórios que organizam a oferta de serviços, negociando valores dos serviços com prestadores; algumas custeiam suas próprias autoridades regionais de saúde, que planejam e ofertam serviços públicos de acordo com bases locais.

As políticas mais recentes, no Canadá, têm focado a melhoria do acesso por redução do tempo de espera para áreas clínicas prioritárias (câncer, cardiologia, próteses de articulação), estabelecendo metas para alcançar parâmetros; outro foco é o fortalecimento da atenção primária.

No modelo de organização inglês, os *Primary Care Trusts* (PCT) controlam 80% do orçamento do NHS, contratam hospitais e médicos e são também responsáveis pelo provimento de serviços primários e comunitários a uma população definida geograficamente. Os recursos são alocados aos PCTs com base em uma fórmula de capitação ajustada pelo risco. Esta é uma das fórmulas que serviram de base para a que foi aplicada pela SES/MG para buscar a alocação equitativa de recursos estaduais.

Os hospitais são organizados como *trusts* do NHS inglês, sob responsabilidade direta do Departamento de Saúde (equivalente ao Ministério da Saúde, no Brasil) e têm graus variados de autonomia.

Na Inglaterra, a responsabilidade pela legislação e os problemas relativos à política geral de saúde é do Parlamento.

A organização da atenção na Itália é realizada pelas regiões, sendo o pagamento de médicos regulado por um contrato nacional e por acordos regionais.

Os recursos públicos são alocados de acordo com cada região italiana ou pela própria autoridade regional ou pela autoridade local de saúde, para hospitais públicos semicompetitivos e para hospitais privados credenciados. Os hospitais



públicos operam diretamente sob a gestão da autoridade local ou como empresas públicas semi-independentes, da mesma forma que os *trusts* de hospitais do NHS inglês (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Na busca do aumento de eficiência, o sistema bismarckiano francês promoveu mudanças na sua organização, a partir de 2009, com o Ato de Reforma de Hospitais, Pacientes, Saúde e Territórios.

Com a reforma na gestão, hospitais públicos e privados não lucrativos terão o papel de diretor ampliado, ficando sob sua responsabilidade a definição das estratégias e a decisão sobre as operações do hospital (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Em relação à organização do sistema, na Dinamarca e Noruega, a atenção primária é responsabilidade dos municípios e os serviços especializados e hospitalares são organizados pelas regiões; na Dinamarca, em hospitais próprios e, na Noruega, em hospitais com financiamento público.

Na Suécia, toda a responsabilidade pela oferta de serviços é dos conselhos de condados e, em alguns casos, dos municípios, mas o governo central estabelece princípios, manuais e a agenda por meio de leis e decretos ou por acordo com a Associação Sueca de Autoridades Locais e Regiões.

Há grande descentralização também no financiamento do setor, na Suécia, sendo que os impostos locais sobre a renda respondem por 70% do orçamento dos conselhos e municípios e os outros 30% vêm do governo central e do copagamento de usuários. O financiamento público respondeu por 85% dos gastos em saúde em 2005 e menos de 5% da população são cobertos por seguro de saúde suplementar.

Na Suécia, a atenção primária, que formalmente não é porta de entrada do sistema, é organizada em centros de saúde próprios, que, tradicionalmente, ofereciam atenção aos habitantes de uma área geográfica definida. Esse modelo foi alterado e desde 2010 uma lei prevê a escolha de prestadores pela população e a privatização dos provedores de atenção primária. Muitos conselhos já implementaram essas mudanças. Os conselhos são proprietários e operam quase todos os hospitais; há ambulatórios nos hospitais, o que reflete pouco investimento na atenção primária.

Os hospitais privados suecos são especializados, principalmente, em cirurgia eletiva, sendo contratados pelos conselhos e pagos com base em uma tabela, em

combinação com orçamentos globais. O sistema de pagamento aos hospitais é semelhante ao praticado no Brasil, pelo SUS.

Para reduzir o tempo de espera para atendimento pré-agendado, o sistema sueco adotou a “garantia de atenção”, acordada entre conselhos e governo central, introduzida em 2005, que pune financeiramente quem não cumpre prazos e premia os conselhos que o fazem. Observaram-se mudanças: em dezembro de 2008, 75% dos pacientes foram tratados dentro de 90 dias (SWEDISH INSTITUTE, 2009).

Os países aqui apresentados, sejam aqueles que operam parte do sistema de saúde por meio de serviços próprios ou os que comprem serviços de terceiros, realizaram reformas em busca de eficiência, com graus variados de sucesso, desde meados dos anos 1980 até os anos 1990, por meio da introdução de mecanismos de mercado, da melhoria gerencial e pelo controle dos orçamentos.

As reformas mais recentes, além da eficiência, têm buscado a equidade, valorizando a atenção primária, introduzindo a avaliação tecnológica em saúde, a medicina baseada em evidências e o fortalecimento dos cidadãos (MENDES, 2001a). Para isso, têm recorrido à reorganização do modelo de atenção, com a integração do cuidado, sendo a regionalização um passo necessário nesse processo, podendo trazer ambos os resultados, de ganhos de equidade e de eficiência.

O Canadá, com seu sistema em que as províncias são autônomas, fez um movimento de regionalização de 1996 a 2006, para ganhos de eficiência e melhoria na prestação dos serviços, descentralizando as decisões sobre a atenção para autoridades regionais, que deveriam se responsabilizar pelo planejamento, alocação de recursos (em alguns casos) e supervisão dos serviços locais, garantindo a participação comunitária dos serviços. Não se conhece o impacto da regionalização sobre o alcance de metas, especialmente em relação à participação dos cidadãos e engajamento da comunidade (ASSOCIATION OF ONTARIO HEALTH CENTRES, 2006).

Estudo realizado para avaliar os efeitos da regionalização sobre os Centros Comunitários de Saúde em províncias canadenses selecionadas revelou que as mudanças dependem do cenário político, do tempo e da experiência com o processo de regionalização, da composição dos centros comunitários e de características e distribuição da população.

Havia traços comuns entre todos os sistemas regionalizados: a existência da autoridade regional dependia da vontade do governo provincial; houve consolidação da autoridade no nível regional, que antes era distribuída entre muitos programas e comunidades; e, por fim, os sistemas regionalizados se responsabilizaram por considerável variedade de programas. Centros locais de saúde têm contratos com os representantes regionais para financiamento e participam dos comitês da Autoridade Regional de Saúde, no Canadá.

Segundo o estudo, o apoio para o engajamento das comunidades era, aparentemente, determinado por crenças, valores e compromisso dos tomadores de decisão da autoridade regional de saúde (ASSOCIATION OF ONTARIO HEALTH CENTRES, 2006).

Na Inglaterra, o NHS é administrado por 10 autoridades regionais de saúde que respondem ao Departamento de Saúde. No nível local, os serviços são ofertados por meio de contratos entre os 152 PCTs e os provedores, que podem ser *trusts* de hospitais, clínicos gerais ou provedores independentes.

Foram estabelecidas metas para uma série de variáveis que refletem a qualidade do cuidado ofertado. Algumas são monitoradas pela Comissão de Qualidade do Cuidado (responsável pela regulação de todos os serviços sociais e de atenção à saúde para adultos na Inglaterra), outras são monitoradas pelo departamento de saúde ou pelas autoridades regionais de saúde e, no nível local, os provedores utilizam medidas de qualidade como parâmetros para os serviços.

Para avaliar a qualidade da atenção ofertada pelos clínicos gerais, criou-se um programa para medir qualidade e resultado, que faz parte do contrato dos médicos com o sistema inglês, desde 2004. Os médicos acumulam pontos que determinam o pagamento sobre a eficiência da sua prática, a experiência dos pacientes e serviços extraordinários, tais como saúde materna e infantil e o sucesso no manejo de doenças crônicas comuns.

O governo inglês obteve ganhos de eficiência de 12,6 bilhões de dólares entre 2004 e 2008, por meio de um programa que incluiu arranjos tais como: aumentar a produtividade e centralização de compras para acordos mais custo-efetivos, pagamento por resultados para hospitais de cuidados agudos e redução de custos de provedores e da administração central.

Outras medidas para melhoria da eficiência adotadas pelo sistema de saúde inglês foram: estabelecimento de parâmetros para avaliação de desempenho,

estabelecimento de um órgão para a introdução de novas tecnologias e mudanças nas práticas de trabalho.

Para controle de custos estabeleceu-se um teto orçamentário para os PCTs e para os demais *trusts*, além da avaliação sistemática de novas tecnologias (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Os arranjos implantados pelo NHS inglês foram inspiração para alguns adotados pelo governo e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, entre eles:

- Premiação de equipes de saúde da família, no estado, que alcançarem os melhores resultados no cumprimento das metas estabelecidas pelo programa Saúde em Casa (redução de 5%, em 12 meses, das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial); cobertura de 95% das vacinas do calendário básico em crianças menores de um ano de idade; oferta de, no mínimo, seis consultas de pré-natal à gestante e uma à puérpera, de acordo com o protocolo Viva Vida;
- contratualização com hospitais públicos e filantrópicos que atendem a pacientes do SUS, por meio do Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (PRO-HOSP), criado em 2003, inserido no planejamento macrorregional, no qual o valor recebido pelos hospitais é vinculado ao cumprimento de metas acordadas;
- o pagamento do 14º salário aos servidores estaduais das secretarias e fundações que cumpriram as metas estabelecidas pelos Acordos de Resultado entre os órgãos da administração estadual e a Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão.

Nas décadas de 1980, 1990 e 2000, a Itália e grande parte dos *welfare states* da Europa Ocidental vivenciaram crescente processo de mudança de escala nas políticas de bem-estar, com mudança de poder e responsabilidades do nível nacional de governo para o nível subnacional e, frequentemente, regional. Na Itália, esse processo se tornou mais relevante a partir do início dos anos 1990, com grande fortalecimento do papel da instituição na região (PAVOLINI, 2009).

Após as reformas de regionalização dos anos 1990, grande parcela do poder público de regulação, planejamento e até gerenciamento da provisão de serviços de saúde passou do estado nacional para as 21 regiões, ficando o nível nacional com

as responsabilidades de grande parte do financiamento e de estabelecimento de padrões homogêneos de provisão de cuidado.

A atenção em saúde se transformou em importante campo de política para as regiões, pois, no mínimo, dois terços dos gastos regionais têm sido para a provisão de cuidados.

Pavolini (2009) argumenta que se a organização do sistema de saúde numa escala menor trouxe oportunidades para governos regionais, trouxe, também, preocupações sobre o possível aumento das desigualdades em saúde relacionadas às diferenças de capacidade dos sistemas regionais de saúde italianos.

- A autora empreendeu um estudo de avaliação da regionalização que buscou: Medir o desempenho dos sistemas regionais de saúde e classificá-los de acordo com o desempenho;
- verificar se a regionalização introduziu 21 sistemas regionais diferentes no Sistema Nacional de Saúde (SNS);
- se, a partir da regionalização, o SNS italiano se tornou mais homogêneo em termos de desempenho ou se houve crescimento das desigualdades territoriais em saúde;
- quais são os fatores relacionados à possível diferença no nível de desempenho dos sistemas regionais de saúde.

A autora informou que desde a unificação da Itália, em 1860, governos liberais, fascistas e mesmo os republicanos, pós-Segunda Guerra, evitaram o tema de uma reforma universalista e institucional do Sistema de Saúde, mantendo o modelo mutualista, com critérios de acesso baseados em contatos, nepotismo e política patronal.

Evitou-se a intervenção do Estado, deixando o setor saúde desregulado e sob provedores privados ou organizações religiosas. Os hospitais dependiam da caridade privada e disso resultou que os de regiões mais ricas, do Norte da Itália, tendo doadores generosos, puderam acompanhar as mudanças nas tecnologias médicas, enquanto os mais pobres, do Sul, receberam contribuições mais reduzidas.

Assim, a criação do SNS, em 1978, iniciou nova fase baseada na predominância do setor público sobre o privado, embora com variadas formas desse *mix*.

Os anos 1980 foram de construção e a década de 1990 foi de mudanças institucionais na Itália.

Nos anos de 1992 e 1993, com o afastamento dos partidos tradicionais em função de escândalos políticos, foram aprovadas duas leis visando à profunda reorganização do SNS italiano, surgindo duas concepções de sistema: uma, mais liberal, objetivando a privatização parcial (confiando a provisão às forças das famílias, comunidades e do mercado); e outra, mais social-democrata, visando o fortalecimento do SNS, mas com controle financeiro mais rigoroso.

Cada uma das duas coalizões principais, a de centro-direita e a de centro-esquerda, quando no poder, tentaram implantar sua visão, porém com resultados limitados.

A coalização de centro-direita tentou implantar, sem sucesso, entre 2001 e 2006, a privatização parcial, aumentando a competição e a limitação dos gastos.

Uma das razões identificadas para a falha das políticas nacionais é que desde o início da regionalização cresceu a autonomia das regiões, tornando o Sistema Regional de Saúde (SRS) capaz de decidir o quanto das políticas nacionais cabe em suas prioridades.

Nos anos 1990, na Itália, as políticas de saúde passaram a ser elaboradas mais por meio de negociações entre governo nacional e regiões e menos no Parlamento e nos ministérios.

Pavolini (2009) informou que, nesse período, as regiões desenvolveram seus sistemas com diferentes escolhas em termos de organização da provisão. Uma das características resultantes dessa regionalização foi a assimetria entre gastos por região e a responsabilidade de produzir receitas, já que, devido ao sistema fiscal, em que a taxação é centralizada desde 1971, o SNS era integralmente financiado pelo Estado central até metade dos anos 1990.

O resultado desse arranjo foi o subfinanciamento pelo nível central e o *déficit* financeiro, principalmente das regiões com menos capacidade de controlar custos.

A discussão sobre o financiamento e a autonomia do nível regional no sistema italiano trata do mesmo dilema encontrado no sistema de saúde brasileiro, relativo ao grau de autonomia de municípios e estados sobre as decisões de políticas tomadas no nível nacional de governo e a força exercida por sua capacidade de financiamento, bem como da necessidade de negociação do nível

federal com os outros entes, dilema já detectado por Dain (2000), Arretche (2003) e Lima (2007).

A segunda fase da regionalização do sistema italiano, iniciada nos anos 2000, caracterizou-se pelo controle do governo central sobre gastos regionais, impondo restrições orçamentárias mais severas, com acordos em que o governo nacional auxiliaria as regiões com *déficits* mais expressivos, tendo elas que apresentar planos para evitar *déficits* futuros, mesmo que fossem necessários o aumento de impostos ou o copagamento.

A estratégia falhou e outro acordo impôs condições mais rigorosas: redução de leitos e vigilância mais próxima e regular do governo central. Então, em 2007, sete regiões com *déficits* relevantes se dispuseram a aceitar as limitações severas de sua liberdade de ação, o que representou uma ruptura dramática com o período pré-2001, em que havia financiamento incondicional por parte do governo central.

No fim dos anos 2000, o governo nacional italiano, usando seu poder de financiamento, recuperou seu papel mais central no SNS e sobre os SRS, principalmente nas sete regiões deficitárias; as outras continuaram com alto grau de liberdade para escolher seus modelos.

Na avaliação do desempenho dos 21 SRS da Itália, Pavolini (2009) utilizou a análise de componentes principais, correlações, modelos de regressão simples, análise das diferenças entre valores médios das variáveis referentes a cada região, adotando um conjunto de variáveis distribuídas em três dimensões: capacidade administrativa, resultados de processos (intermediários) e resultados finais (desfechos).

As principais conclusões da autora sobre o processo de regionalização do sistema de saúde italiano foram:

- Houve melhoria do SNS entre os anos de 1995 e 2009, com a difusão territorial de serviços; aumento da integração de serviços de saúde e sociais; programas de prevenção; aumento da eficiência dos hospitais; e redução da taxa de mortalidade infantil;
- surgiu clara diferença entre o desempenho dos sistemas do Centro-Norte e o dos sistemas do Sul, emergindo dois amplos tipos de SRS e um específico, correspondente ao SRS do Lazio; dentro dos dois grandes grupos há diferenças importantes: no Sul, com os piores desempenhos, há quatro regiões com desempenho relativamente menos negativo, mas com problemas

de *déficit*; no Centro-Norte há desempenhos melhores do que de todas as outras áreas do país;

- o processo de regionalização não contribuiu para a redução das diferenças de desempenho entre os dois tipos principais; a distância aumentou, levando a um sistema que é menos universal em termos de direito ao acesso a serviços de saúde; as quatro regiões do Sul aumentaram sua distância em relação ao resto do país;
- o surgimento e o fortalecimento de diferenças parecem difíceis de serem alterados no curto-prazo; variáveis que influenciaram o desempenho (nível de desenvolvimento econômico e cidadania) só podem ser alteradas no médio ou longo prazo; a única variável que provocaria alteração no curto prazo (política) não influenciou muito; a organização governamental exerceu influência, mas houve forte correlação entre essa capacidade e as variáveis.

A autora buscou explicar a correlação entre cidadania, desenvolvimento socioeconômico e desempenho dos sistemas, pelo mecanismo de uso da “voz” pela população que, ao adotá-lo, em vez de adotar a “lealdade” ou “saída” do sistema, pressiona os políticos locais para obterem melhorias no sistema de saúde. Se a população adota a “saída”, ela emigra para os serviços de outra região, perpetuando a má qualidade de seu próprio SRS.

Outra explicação dada por Pavolini (2009) é que cidadania diz respeito a todos: cidadãos, usuários dos SRS e trabalhadores do sistema. Sendo a qualidade dos serviços assegurada pelos profissionais, a autora argumentou que num sistema onde houver ampla governança, o comportamento oportunista de profissionais poderia mudar; e onde houver menos controle, com relações desiguais entre profissionais e pacientes, o oportunismo poderia aumentar.

Em regiões com sérios problemas de desenvolvimento econômico, o serviço público de saúde não tem apenas a função de produzir cuidado, mas também a função de criar oportunidades de emprego e na economia. A autora finalizou referindo que, entre os países mais populosos da Europa Ocidental, a Itália é que tem o *gap* (distância vertical) mais profundo entre as regiões mais ricas e as mais pobres, em termos de desenvolvimento socioeconômico (PAVOLINI, 2009).

A reforma no sistema de saúde da França, em curso desde 2009, previu que uma autoridade regional por meio de uma agência regional de saúde exercerá as



funções de planejar, regular e comprar os serviços ambulatoriais e hospitalares, no nível regional.

A reforma também fundiu a administração do seguro de saúde com outros serviços públicos, no nível regional.

Essas medidas foram consideradas a maior inovação na gestão do sistema francês, pois além de promover economia de escala na administração, a fusão criaria um único departamento responsável pela atenção à saúde e pelas políticas de saúde pública, pela competição gerenciada e por serviços sociais, que eram anteriormente supervisionados por sete departamentos. Este foi considerado o principal passo na direção de um sistema mais consistente (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Em relação aos países nórdicos, na Noruega, o sistema já se encontra regionalizado, onde municípios ofertam atenção primária e os condados e as cinco regiões de saúde fornecem serviços especializados e hospitalares.

Na Dinamarca, há um governo central e o país divide-se em cinco regiões, criadas em 2007 pela “Reforma Municipal Dinamarquesa” para substituir os 13 antigos condados. As cinco regiões substituíram as 13 anteriores e estão subdivididas em 98 municípios que, também pela reforma, substituíram 270 existentes anteriormente.

A reforma administrativa de 2007 teve como objetivo melhorar a coordenação da oferta de serviços e obter ganhos de economia de escala centralizando funções e fechando pequenos hospitais na Dinamarca.

A decisão sobre o orçamento ocorre em negociações anuais entre o governo central e regiões e municípios, que resultam em acordos sobre a estrutura econômica para o setor saúde, inclusive sobre impostos e gastos públicos, instituindo um teto orçamentário nacional.

Os acordos formam uma base para alocação de recursos do governo central; há instrumentos de gestão para controle de gastos nos níveis regionais e municipais, tais como acordos e contratos entre hospitais e regiões.

Dois instrumentos de controle sobre os gastos têm sido utilizados nas regiões dinamarquesas: pacotes pré-definidos de tratamento, com curtos tempos de espera entre uma fase e outra do tratamento contra câncer e outras doenças que ameaçam a vida. O outro instrumento é a garantia de tempo de espera de um mês para todos os serviços (THE COMMONWEALTH FUND, 2010).

Esses instrumentos poderiam ser utilizados pelo SUS, tanto para a melhoria do gasto como para a da qualidade, já que há, no sistema brasileiro, capacidade de financiamento do tratamento do câncer e da maioria das doenças crônicas pelo governo federal, para a maioria dos pacientes.

O território da Suécia é dividido administrativamente em duas regiões, 21 condados, que são subdivididos em 290 distritos municipais, tendo relação não hierárquica entre si, cada instância com atividades diferentes.

Havendo muitos conselhos que compõem áreas muito pequenas para prestação de serviços, foram estabelecidas seis regiões de saúde para racionalizar a provisão da atenção de mais complexidade (SWEDISH INSTITUTE, 2009).

O governo central aloca recursos *per capita* a municípios e conselhos utilizando uma fórmula com ajuste por risco, destinando recursos a áreas com problemas específicos, como tempo de espera para cuidados e desigualdades geográficas de acesso.

Há um debate sobre a nova definição de fronteiras regionais na Suécia, com indicação de fusão de vários condados para comporem uma região maior, o que, segundo os argumentos favoráveis, promoverá redução de custos administrativos sem reduzir o financiamento e o controle da saúde. Investigação nacional mostrou que há o desejo de que a saúde pública deveria permanecer como uma questão de desenvolvimento regional (LJUSBERG, 2009).

A observação da experiência internacional mostrou que a regionalização do sistema de saúde, na maioria dos países, tem sido uma estratégia de descentralização que intencionou, num primeiro momento, mais participação das comunidades e cidadãos no sistema de saúde, como mostrou o caso do Canadá, e nos sistemas de saúde de países com modelos de *welfare state* do tipo social-democrata, como Suécia e Dinamarca.

Houve, também, a preocupação com a melhoria do acesso, evidente, por exemplo, nos casos da Inglaterra, Canadá e Suécia.

Mas, a partir do final dos anos 1990, em todos os países, a regionalização também foi estratégia para busca da eficiência.

Pode-se observar que a regionalização não representou um movimento no mesmo sentido em todos os países.

Na Itália, por exemplo, a regionalização foi a descentralização e, no caso de algumas atividades, a delegação de atribuições para as regiões, que têm muita autonomia para organizar seu sistema de saúde.

Movimento recente, mas no sentido oposto, pode ser observado na Suécia e na Dinamarca, em que a organização do sistema é responsabilidade dos conselhos de condados, que congregam municípios que foram fundidos na Dinamarca e podem vir a sê-lo na Suécia, para ganhos de escala e redução de custos administrativos.

Nesses países, a regionalização acontece no sentido da recentralização.

No Canadá, na província de Quebec, serviços locais deixaram de ser gerenciados por governos locais e se fundiram para formar uma estrutura regional.

O governo do estado de Minas Gerais listou dois objetivos para seu programa de regionalização, que foram a eficiência e a maior participação da população no sistema. Este último objetivo foi do governo, em geral, e não apenas da gestão do sistema de saúde, sendo invocado no choque de gestão como *accountability*.

Além desses objetivos, foi estabelecido o de melhoria do acesso aos serviços para todos os cidadãos, trazendo a ideia de equidade para o centro da proposta de regionalização no estado.

A observação do movimento de regionalização em outras realidades, respeitadas as diferenças de contexto, pode antecipar situações, contribuindo para a prevenção de decisões incorretas e adoção de ações bem sucedidas.

## **4.2 A regionalização da saúde no Brasil**

Na década de 1990 se estabeleceram as bases legais e de organização do SUS como um sistema nacional, em que o nível nacional de governo, por meio do Ministério da Saúde, foi o responsável pela emissão das diretrizes mais gerais sobre a operacionalização do sistema. Houve claro direcionamento para a responsabilização dos municípios como executores das políticas, com grande poder de decisão nas negociações, cabendo ao gestor estadual o papel de mediador de conflitos e responsável por garantir o cumprimento das programações pactuadas entre gestores municipais (BRASIL, 1996).

Esse modelo de gestão do sistema mostrou suas fragilidades já no final dos anos 1990, com o estabelecimento de muitas barreiras de acesso para os cidadãos de municípios compradores de serviços, aos municípios que ofertavam os serviços.

O gestor estadual, enfraquecido pela normatização vigente e pela fragilização dos governos estaduais, naquele momento, não dispunha de força suficiente para mediação desses conflitos, embora houvesse mecanismos institucionais para tanto, como as CIBs.

As consequências desse modelo foram bastante discutidas por vários autores (DAIN, 2000, LIMA, 2007, SILVA; MENDES, 2004).

Diante da necessidade de mudança nesse quadro, novo arranjo organizativo necessitava ser induzido e, então, publicaram-se as duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, nos anos 2001 e 2002 (BRASIL, 2001; 2002).

A pesquisadora teve oportunidade de verificar a autoridade exercida pelos municípios-polo de regiões perante os menores, nas reuniões da CIB Regional e da CIB-MG, nos anos 2002 e 2003.

Em seu Capítulo I – Regionalização, a NOAS-SUS 01/2001 ao mesmo tempo em que propõem a mudança, sublinham o poder municipal:

1- Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

O texto da Portaria de publicação da NOAS 01/2002 cita a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, já fortalecido pela implementação da NOB – SUS 01/96, além das contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde e do CONASEMS, aprovadas pela CIT e Conselho Nacional de Saúde.

A proposição e publicação da NOAS 01/2002 foi resultado da identificação de entraves em alguns estados, na operacionalização de determinados itens da NOAS 01/2001, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos

mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Essa descrição resume o conflito existente na época e a dificuldade dos gestores estaduais atuarem sobre ele, tendo havido a necessidade de intensas negociações e constituição de um Grupo de Trabalho Tripartite, que recebeu a atribuição de transformar os acordos em norma.

A NOAS 01/2002 estabeleceu as diretrizes para a implantação do processo de regionalização no SUS, com definições claras e precisas sobre a organização do sistema em todos os níveis. Para isso, instituiu o PDR.

O PDR deveria ser o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em todos os estados e no Distrito Federal, definindo as prioridades de intervenção de acordo com as necessidades de saúde da população, para garantir acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

Os fundamentos para o PDR eram a definição de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; a conformação de redes hierarquizadas de serviços; o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, para garantia de integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, conforme suas necessidades.

A NOAS 01/2002 ainda estabeleceu uma lista mínima de serviços e ações, aos quais o PDR deveria garantir acesso para todos os cidadãos, inclusive os mecanismos e fluxos para tanto, mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

A NOAS 01/2002, segundo Mendes (2002), tinha como principal problema o foco dirigido para a gestão da oferta, repetindo o erro de concepção das normas operacionais anteriores, disso derivando uma série de disfunções que a impediriam de cumprir seus objetivos.

Propôs, portanto, que a norma operacional deslocasse o foco para a gestão da demanda dos serviços e que houvesse coerência entre suas regras e os fundamentos da gestão dos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002).

O que se esperava, àquela época, de uma norma que se destinou à organização do sistema hierarquizado e regionalizado e ainda citava a equidade no acesso era indução à reorganização pela demanda, que buscasse implantar serviços nos chamados “vazios assistenciais”, em todos os estados.

Após quatro anos da publicação da NOAS 01/2002, como resultado de seus avanços pouco visíveis na reorganização por meio da regionalização e da reunião de objetivos comuns de gestores de todos os níveis, representados pelo CONASS e pelo CONASEMS, a CIT e o CNS aprovaram as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, que foram publicadas pelo Ministério da Saúde em 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b).

O texto da Portaria 399/2006 justifica a nova norma pela necessidade de: qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS, diante da evolução do processo de pactuação intergestores; de aprimorar o processo de pactuação intergestores para melhor definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS e de definir compromisso entre gestores com as prioridades que impactassem sobre a situação de saúde da população brasileira.

O Pacto foi composto de três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Essa norma refletiu o esgotamento das estratégias mais centralizadoras adotadas até então e, na sua introdução, ressalta que na história do SUS houve avanços, mas havia desafios a serem superados.

Explicou-se que as mudanças até então empreendidas foram do tipo incrementais e o que o modelo parecia esgotado, fosse pela dificuldade da imposição de normas gerais a um país com a grande diversidade do Brasil, fosse pelo excessivo caráter técnico-processual e normativo.

A proposta era um pacto de todos os entes e gestores em torno do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, prevendo que as prioridades do sistema deveriam ser articuladas e integradas nos três componentes.

O componente Pacto pela Vida sugeriu as prioridades definidas pelos três níveis de governo, com base na análise de situação de saúde. As prioridades foram apresentadas como compromissos sanitários, esclarecendo-se que uma ação prioritária no campo da saúde deveria ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

Foram consideradas prioridades em 2006: saúde do idoso; redução dos cânceres de colo de útero e de mama; redução das mortalidades materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias; fortalecimento da

capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira (internalizar a responsabilidade individual de hábitos saudáveis); e fortalecimento da atenção básica à saúde.

Nos anos seguintes, em cada prioridade, foram mantidas algumas metas, outras foram incorporadas e outras não apareceram.

O Pacto em Defesa do SUS pode ser considerado um manifesto político diante das necessidades de financiamento e priorização do setor saúde e, mais ainda, do sistema público e universal. Propunham-se ações concretas e articuladas pelos três entes federativos para reforçar o SUS como uma política de Estado e defender seus princípios, inscritos na Constituição Federal.

Há mais interesse para este trabalho observar o Pacto de Gestão, pois neste componente é explicitado que o SUS deveria avançar no sentido da regionalização, pelas diferenças e iniquidades existentes no país.

O texto torna inequívoca a vontade dos atores que participaram da elaboração da política no sentido de reconhecer a necessidade de descentralizar ainda mais as responsabilidades:

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2006a).

Foram definidas como prioridades do Pacto de Gestão: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde.

A diretriz **regionalização** é pormenorizada e definida como um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo ser a orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde e dos processos de negociação e pactuação entre gestores.

Os instrumentos de planejamento definidos para a regionalização foram o PDR, o Plano Diretor de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada da

Atenção em Saúde; esses instrumentos de planejamento eram os mesmos da NOAS 01/2002, o que demonstra o aprofundamento da política.

Alguns dos objetivos da regionalização referidos no Pacto já haviam estado na NOAS 01/2002, porém, na norma de 2006, surgem com mais clareza, sendo mais fácil sua compreensão e compartilhamento pelos atores da política:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade;
- garantir a integralidade na atenção à saúde;
- potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos interesses locais e regionais possam ser organizadas e expressadas na região;
- racionalizar gastos e melhorar a eficiência, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Há no texto clara definição do que deveriam ser as “regiões de saúde” e recomendação para sua organização, reiterando que o arranjo organizativo deveria respeitar o princípio da garantia de acesso a todos os serviços, nos diferentes níveis de complexidade, sempre observando a economicidade do sistema, expressa pela ideia de escala na composição das redes de atenção.

Reiterou-se, também, a necessidade de permanente pactuação entre gestores do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares para a constituição da rede de atenção regionalizada e orientou-se sobre o desenho das regiões a serem definidas em cada estado.

Por fim, o texto do Pacto de Gestão estabeleceu como mecanismos de Gestão Regional a pactuação permanente e a cogestão solidária e cooperativa, definindo o Colegiado de Gestão Regional (CGR) como o espaço para isso.

Na prática da gestão do SUS, em Minas Gerais, pelo tamanho e diversidade do estado, as CIBs regionais já exerciam o papel e tinham a composição do CGR criado pelo Pacto.



Uma função atribuída ao CGR foi a do planejamento regional, em toda a sua extensão, desde a definição de prioridades, passando pela regulação, até as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional deveria expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuíssem para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. As prioridades e responsabilidades definidas regionalmente deveriam estar no plano de saúde de cada município e do estado.

Há muita semelhança entre as propostas do Pacto de Gestão e a de regionalização cooperativa de Silva e Mendes (2004), refletindo o início da reorientação do modelo de gestão adotado a partir de 2003, em Minas Gerais, que enfatizava a regionalização e a constituição de sistemas microrregionais capazes de dar conta das ações de média complexidade e das de alta complexidade mais comuns.

O Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, à época, participou ativamente do CONASS, tendo sido seu presidente entre 2005 e 2006, o que pode ter influenciado a adoção de estratégias em vias de implantação no estado como orientações no texto do Pacto de Gestão.

Gestores estaduais e municipais vêm realizando mudanças organizacionais e estruturais para a adesão ao Pacto pela Saúde de 2006, chegando ao final de 2008 com apenas um estado sem aderir. Metade dos municípios aderiu, marcadamente os da região Sudeste, tendo baixa adesão no estado do Rio de Janeiro, os do estado do Paraná e de Mato Grosso do Sul.

Há mais adesão dos estados, sendo que até 2008 somente o Piauí não havia aderido.

A constituição dos Colegiados Regionais de Gestão se relaciona mais com a adesão dos estados ao Pacto do que dos municípios, como esperado, já que a eles foi atribuída, mesmo que com pouca ênfase, no Pacto de 2006, a responsabilidade de coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde; cooperar com recursos humanos, tecnológicos e financeiros; e apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional.

Em relação aos CGRs, coube aos estados participar, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

Os documentos publicados sobre os Colegiados não atribuem responsabilidade inequívoca a ente algum, estabelecendo a responsabilização a todos os integrantes – municípios e estados –, buscando garantir o cumprimento da norma por meio da avaliação dos indicadores, publicados em portarias específicas, cujo cumprimento é vinculado a transferências de recursos para o funcionamento do Colegiado.

Os Colegiados têm se constituído de forma gradual, seguindo a experiência acumulada de descentralização e regionalização em cada estado, ainda com baixa frequência na região Norte e mais alta na Sudeste.

A necessidade de criar essa instância colegiada, que tem papel diferente do exercido pelas CIBs, mostra a dificuldade de viabilizar políticas que ultrapassem a fronteira do município, intrínseca à forma federativa brasileira, em que não há qualquer tipo de subordinação dos municípios aos estados.

O Colegiado de Gestão tem papel executivo e, para estimular seu funcionamento, o Ministério tem atribuído a ele funções de formulação e execução de políticas, como, por exemplo, a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009b).

Há o acompanhamento do nível federal sobre o processo de regionalização nos estados por meio dos indicadores e sua indução por meio da transferência de recursos pelo bloco de financiamento “gestão”, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2691, de 19 de outubro de 2007, aos fundos estaduais de saúde ou aos fundos municipais, para os casos de regiões intramunicipais.

O indicador estabelecido pelo Ministério da Saúde referente às responsabilidades na regionalização, previstas no Pacto de Gestão, pactuadas com estados e municípios, é a constituição dos Colegiados Regionais de Saúde.

A publicação mais recente foi a Portaria nº 2.669, de 03 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009c), que definiu para o biênio 2010-2011:

- Objetivos: constituir CGRs;
- meta para 2010, no Brasil: 91% de CGRs constituídos em cada estado e informados à CIT;
- meta para 2011, no Brasil: 100% de CGRs constituídos em cada estado e informados à CIT;
- indicador número 35 do pacto: percentual de CGRs constituídos em cada estado e informados à CIT;

- fonte de verificação do indicador: informações das CIBs e da CIT;
- método de cálculo: nº de CGRs constituídos / nº de regiões de saúde existentes x 100.

A produção acadêmica sobre a regionalização no Brasil começou a surgir ao final da década de 2000, como reflexo da política nacional de saúde ter incorporado a regionalização com mais vigor somente a partir de 2006.

Há dois estudos de Viana *et al.* que discutem o tema e apresentam alguns resultados dessa política em nível nacional, que ilustram a situação desse processo.

Viana *et al.* (2008), em seu artigo sobre as novas perspectivas para a regionalização da saúde no Brasil, preconizam quatro ciclos de descentralização nas políticas de saúde no país, considerando o financiamento, o incentivo ao fortalecimento das estruturas subnacionais, as relações intergovernamentais e a conformação do pacto nacional e de políticas regionais. A regionalização surge apenas no quarto ciclo.

O primeiro ciclo é nacional e extrapola a área da saúde, quando a redemocratização nos anos 1980 criticava o modelo centralizador e autoritário de condução das políticas públicas. A descentralização tornou-se bandeira para governos estaduais e municipais em busca de mais autonomia e recursos. A Constituição Federal de 1988 sacramenta o novo pacto federativo, favorecendo esse processo; à época, descentralização era equivalente de democratização.

O segundo ciclo iniciou-se, de acordo com os autores, na primeira metade da década de 1990 e buscou o fortalecimento da gestão municipal, com mais recursos sendo destinados aos municípios, definidos como entes federativos, em 1988. As transferências de recursos reforçam a estrutura de serviços existente e não têm características redistributivas.

A NOB de 1996 inaugurou o terceiro ciclo da descentralização da política de saúde, quando se iniciou, de acordo com Viana *et al.* (2008), um processo de redistribuição de recursos, por meio das transferências *per capita* e pelo PAB e de incentivos para o Programa Saúde da Família (PSF). Para Lima (2007), houve favorecimento das regiões mais pobres, Norte e Nordeste.

Enfim, para os autores, o quarto ciclo de descentralização começou no início dos anos 2000 com a publicação das duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) que enfatizaram a regionalização como estratégia

para melhoria do acesso aos serviços e continua com a edição do Pacto pela Saúde em 2006.

Pode-se divergir dos autores quanto ao estabelecimento de quatro ciclos, de acordo com seus próprios critérios, argumentando-se que podem ser delimitados dois grandes ciclos.

Há um ciclo de fortalecimento do ente municipal, que vai dos primeiros anos da década de 1990 até o início dos anos 2000, e outro que se inicia com a constatação de que, para cumprir os princípios de integralidade e equidade da atenção, é necessária a intervenção da esfera estadual para coordenação dos espaços e fluxos intermunicipais.

O segundo ciclo começou com a publicação das NOAS 01/2001 e ainda não se consolidou, mesmo tendo sido fortalecido com a edição do Pacto pela Saúde, em 2006.

Para Viana *et al.* (2008), a regionalização da saúde continua ainda muito vinculada à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas, etc.), o que leva à visão da saúde restrita a parâmetros epidemiológicos e de assistência. Argumenta que se a fundamentação da proposta de regionalização se baseasse em outra concepção teórica, o debate poderia se estender para a relação entre saúde e território, superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação.

Propõem que a regionalização devesse ser um processo de pactuação política no aspecto de planejamento territorial e nacional entre entes federados solidários pelos usos do território (de fixos e de fluxos dinamizados por racionalidades diversas). A regionalização seria resultado de acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território (VIANA, *et al.*, 2008).

A Pesquisa Nacional de Avaliação das CIBs: “As CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS”, financiada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde e a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, está avaliando o processo de regionalização, em nível nacional (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A partir da pesquisa foi construída uma tipologia dos CGRs em que foram caracterizados cinco tipos, de acordo com o desenvolvimento econômico, desenvolvimento humano e a complexidade do sistema de saúde.

A tipologia dos CGR mostrou dois “tipos de país”. Um apresenta situação socioeconômica menos desenvolvida e sistema de saúde menos complexo; o segundo possui situação socioeconômica mais desenvolvida e sistema de saúde mais complexo. A divisão, conforme relataram as autoras, foi geográfica, separando-se as regiões brasileiras no sentido Norte-Sul.

O Norte tem 24% da população brasileira e o Sul, 54%. No segundo tipo de país (Sul), há bolsões de baixo dinamismo econômico, porém com indicadores sociais altos e médios e sistemas de saúde mais e menos complexos.

Mas há fortes indícios de que a separação entre os dois tipos não é tão significativa, pelo menos no que se refere à política de saúde. Os achados mostram que as diferenças no gasto *per capita* em saúde e no número de leitos por mil habitantes foram menores do que no passado, além do primeiro tipo (Norte) contar com alta cobertura de atenção primária (mais de 70% da população cadastrada no PSF), indicando que políticas redistributivas como o Piso da Atenção Básica (PAB), o PSF e a própria estratégia da descentralização diminuíram as distâncias.

Houve também predominância do prestador público nos dois tipos de país, indicando que seguiram duas trajetórias complementares: cuidar dos mais pobres e garantir hegemonia tecnológica no país desenvolvido. Detectou-se nova configuração do sistema de saúde e da política de proteção social em que a divisão Norte/Sul se encurtou.

As diferenças regionais foram mais acentuadas do ponto de vista econômico e social do que relativo à política de saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Mesquita (2010), estudando a regionalização no estado do Espírito Santo, mostrou a necessidade de implementar a coordenação federativa para que o estado defina as políticas de regionalização, bem como a intersetorialidade.

A autora relatou que no Espírito Santo existe uma lógica de regionalização da saúde, diferente da divisão político-administrativa do governo estadual, que define a organização regional de todas as demais áreas de governo, menos da saúde. Essa diferença traz problemas para a regionalização, como um todo.

Segundo Mesquita (2010), a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA) tem tomado decisões sobre as políticas de forma centralizada e os municípios apresentam dependência em relação ao estado e ao nível federal, embora tenham assumido as responsabilidades relacionadas na NOB 01/96.

Pela dimensão territorial do estado, há a tendência da Secretaria Estadual a controlar a execução das políticas, apesar do discurso e de movimentos recentes dirigidos à reorganização do sistema, da ampliação dos serviços ofertados no interior e da constituição de redes de atenção.

A pesquisa mostrou que ocorreram esforços para construir projetos a partir de oficinas de sensibilização e que propostas de regionalização e de constituição de redes de atenção aparecem nos documentos de gestão da SESA desde o Plano de Saúde 2003-2007 e retornaram no plano de 2008-2011. Também aparecem, nos documentos de planejamento, projetos de reestruturação e redefinição de funções das Superintendências Regionais de Saúde, presentes nas quatro macrorregiões de saúde do estado desde o primeiro modelo de regionalização de 1990.

A regionalização do sistema de saúde no estado do Espírito Santo passou por várias experiências distintas: uma no início dos anos 1990; outra no fim dos anos 1990; a terceira na primeira metade dos anos 2000; e a quarta, mais recente, no período pós-Pacto pela Saúde de 2006. As experiências foram implementadas e depois de certo período houve enfraquecimento das propostas devido a problemas de ordem política, econômica e de organização da SESA.

Mesquita (2010) reporta como uma característica peculiar no estado, que afetou muito a implementação de projetos de longa duração nas políticas de saúde, o elevado número de secretários de saúde que assumiram a gestão estadual ao longo das duas últimas décadas.

Foi aprovada em 1990 a lei estadual pioneira com um modelo de regionalização, tendo a primeira experiência ocorrida no final dos anos 1990, com a constituição nas microrregiões de fóruns de articulação entre gestores estaduais e municipais, com forte atuação da esfera estadual como coordenadora e articuladora do processo.

Considera-se este um exemplo de rede federativa e de existência de coordenação e cooperação para o desenvolvimento das políticas de saúde no estado, destacando-se que aquela rede estava voltada para a criação de espaços regionais de discussão e articulação.

Com a criação das CIBs 2004 e 2005, o Espírito Santo teve fóruns participativos antes dessa modalidade ser proposta pelo Pacto pela Saúde de 2006 como “Colegiados de Gestão Regional”. No caso do estado do Espírito Santo, embora inicialmente propostas como paritárias, as CIBs micro foram aprovadas para

serem participativas, envolvendo todos os gestores municipais das microrregiões em seus fóruns. Assim, após o Pacto pela Saúde de 2006, as mudanças das CIBs micro para a nova proposta não foram significativas.

No estado do Espírito Santo há três formatos de regionalização, com três divisões regionais distintas, tornando-se um desafio para a gestão estadual na conformação de um sistema estadual de saúde, integrando ações e serviços municipais, estaduais e federais, públicos e privados, articulando outros setores.

Com os resultados da pesquisa, a autora elaborou recomendações para a organização do SUS no estado do Espírito Santo para contribuir com a agenda de regionalização do sistema de saúde:

- É necessário institucionalizar a cooperação intergovernamental na Secretaria de Estado da Saúde, fortalecendo um Núcleo de Apoio à Descentralização da Gestão da Saúde já existente desde 2008 na SESA;
- a SESA deve estabelecer a cooperação técnica com os municípios visando à regionalização como prioridade;
- ampliar a relação da SESA com o nível federal por meio de cooperação e diálogo sobre a coordenação das políticas de saúde no território estadual e como realizar a cooperação técnica com os municípios;
- estreitar a cooperação intergovernamental por meio dos consórcios, que devem fazer parte de uma política de fortalecimento da regionalização e da cooperação ente as esferas estadual e municipal, institucionalizando seu acompanhamento na SESA;
- fortalecer a cooperação interfederativa nas arenas microrregionais por meio dos Colegiados Intergestores Microrregionais (CIBs micro), que devem ser o ponto de interseção entre estado e municípios na operacionalização de uma rede federativa na política de saúde no estado do Espírito Santo;
- as áreas de planejamento e do financiamento da saúde, na SESA, devem se alinhar com a agenda de regionalização;
- a SESA deve assumir e valorizar a Programação Pactuada e Integrada como função primordial nas ações de coordenação intergovernamental (MESQUITA, 2010).

Com base na revisão da literatura e dos documentos oficiais e diante das experiências estaduais em desenvolvimento na década de 2000, pode-se confirmar que efetivar a regionalização no SUS é um passo necessário para sua sobrevivência como sistema e pode consolidá-lo nos princípios estabelecidos na CF de 1988.

O reconhecimento dessa necessidade pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias que dispõem sobre as redes de atenção, representa um avanço no sentido dessa consolidação.

O próximo capítulo apresenta as características gerais, um histórico do planejamento governamental e a condução das políticas de saúde pela esfera estadual em Minas Gerais, para contextualizar o processo mais recente de regionalização da saúde no estado, tratado em seguida.



## **5 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

### **5.1 Estudos anteriores sobre a condução da política de saúde pelo estado**

Estudando o financiamento da saúde pública em Minas Gerais no período de 1989, ano da promulgação da Constituição Mineira, até 2005, Castro (2007) construiu uma série histórica com os valores do gasto em saúde no estado.

O autor observou que a aplicação dos recursos em saúde não aumentou, no estado, após a aprovação e vigência da Emenda Constitucional número 29, que definiu percentuais mínimos das receitas ou a variação do PIB para os três níveis de governo destinar ao setor saúde. Os recursos estaduais foram 15,62% mais baixos em 2005 do que o valor de 1995.

Foi também mostrado pelo autor que, após a EC-29, houve redução de 13,22% no aporte dos governos dos 853 municípios de Minas Gerais para a saúde, comparando o quinquênio 2000-2005 com o quadriênio 1996-1999.

Verificou, ainda, que nos quatro anos que antecederam a publicação do estudo, houve coerência entre os instrumentos de planejamento orçamentário (PDMI, Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA) e os Balanços Gerais do Estado.

Castro (2007) observou, também, que o Fundo Estadual de Saúde não foi a unidade orçamentária que realizou a maior parte dos gastos na função saúde. Esse achado sugere que a maioria das despesas consideradas como de saúde pode não estar sendo apreciada pelo CES ou que, se foram apreciadas, o controle social confiou na gestão estadual para a decisão sobre o gasto da maior parte dos recursos.

O autor concluiu que havia a necessidade urgente da regulamentação da EC nº 29 e que o controle externo e a implantação da Conta Nacional de Saúde podem contribuir para tornar os gastos públicos mais efetivos (CASTRO, 2007).

Analisando o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do SUS, em Minas Gerais, no período de 2003 a 2007, Pereira

(2009), considerando os dilemas relativos ao federalismo brasileiro e à configuração do sistema de saúde no estado, relatou que a regionalização é processo antigo em Minas Gerais, devido à extensão do território e da capacidade institucional da Secretaria de Estado de Saúde.

Porém, verificou, também, que a implantação de serviços ocorreu de forma descoordenada e fragmentada, devido às disparidades entre regiões, ao elevado número de municípios (853), à não existência de parâmetros de distribuição de serviços e às falhas no papel do estado de controlar o processo.

Realizou descrição abrangente do estado, da Secretaria de Estado de Saúde e do sistema de saúde de Minas Gerais, além de abordar em profundidade os dilemas do federalismo fiscal e as restrições que o estado sofreu pelo endividamento dos anos 1980 até 1995 e pelo ajuste fiscal a partir de 1998.

Ao analisar o papel do gestor estadual, utilizou como matriz quatro macrofunções da gestão em saúde: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços.

O estudo levantou e apresentou as estratégias utilizadas pelo gestor estadual da saúde no período, para conduzir o processo de regionalização.

Pereira (2009) concluiu que a regionalização sob a condução estadual é possível, na medida em que o gestor assuma esse papel e desenvolva dispositivos para superar a municipalização autárquica e a fragmentação da Secretaria, implementando o planejamento estratégico e promovendo efetiva articulação intergestores (PEREIRA, 2009).

## **5.2 Breve histórico e caracterização do estado**

Minas Gerais tem área territorial igual a 588.384 quilômetros quadrados, que corresponde a 7% do território nacional, com população de 19.595.309 habitantes, de acordo com o censo de 2010, distribuída desigualmente nas diferentes regiões de planejamento.

O estado possui 853 municípios, também muito desiguais em relação ao tamanho da população, sendo que 57,8% (493) têm menos de 10.000 habitantes e apenas 0,5% (quatro municípios) tem mais de 500.000 habitantes.

Esse quadro favorece a pulverização de recursos e poderes locais, desafiando a capacidade de articulação e negociação para formação de consensos de todos os gestores estaduais de todas as políticas, especialmente o gestor da saúde, em que o nível federal exerce grande poder de indução diretamente sobre os municípios.

A extensa área territorial, a grande quantidade de municípios e as diferenças entre regiões têm exigido, de governos sucessivos, esforços para melhor arranjo administrativo que reflita o arranjo espacial para facilitar a administração e a tomada de decisões.

Minas Gerais repete as diferenças de riquezas entre regiões e populações que ocorrem no nível nacional: 44,9% do PIB do estado se concentram na região central, sendo o PIB *per capita* igual a R\$ 9.721,00, enquanto a região do Jequitinhonha e Mucuri apresenta 1,9% do PIB com R\$ 2.922,00 *per capita* (FJP, 2010a).

Estudo desenvolvido pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) para cálculo do Índice Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro de Desenvolvimento Municipal (IFDM) de todos os municípios do país corrobora as informações da FJP sobre as disparidades.

O IFDM contempla os aspectos emprego e renda, educação e saúde, tendo as três esferas peso igual no cálculo para determinação do índice de desenvolvimento dos municípios brasileiros. O índice varia de zero a um, sendo que, quanto mais próximo de um, mais alto será o nível de desenvolvimento da localidade, o que permite a comparação entre municípios ao longo do tempo (FIRJAN, 2010a).

O estado conta com 39 municípios entre os 500 maiores na classificação nacional do índice, sendo que três deles (Ouro Branco, Congonhas e Itabira) estão entre os 100 melhores colocados. No entanto, houve registro de 17 municípios entre os 500 com piores resultados, em 2007, com acentuadas deficiências na vertente emprego e renda do indicador. O relatório ressalta que Minas Gerais foi o único estado da região Sudeste que apresentou municípios entre os 500 piores IFDMs do Brasil (FIRJAN, 2010b).

O relatório revelou a saúde como a área de desenvolvimento que apresentou melhorias em mais alto número de municípios, com variação positiva em 594 deles (70%), dos quais 341 se enquadraram em alto desenvolvimento. A dissonância do

indicador de saúde de alguns municípios, em relação às outras vertentes, evidenciava políticas públicas eficientes em saúde, já que há municípios com elevado resultado nessa área e com baixos indicadores de emprego e renda (FEDERAÇÃO DA INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010b).

Na tradição política, Minas Gerais é um estado que se caracteriza pelo estilo negociador e promotor de pactos. Nessa linha, nos anos 1990 e 2000, Minas encaminhou discussões importantes e complexas ao Congresso Nacional, como a Reforma Tributária e a reconstrução do Pacto Federativo.

O estado se ressentia, como outros, da partilha de recursos federais não condizente com sua posição na federação. Exemplo disso é a baixa qualidade da malha de rodovias federais que passam por Minas.

O governo de Minas Gerais, desde 2003, estabeleceu um conjunto de iniciativas e procedimentos na gestão pública (“Choque de Gestão”), fazendo opção política pela aplicação do conceito de *accountability*, segundo o qual os agentes públicos prestam contas à população e produzem resultados em favor desta (MINAS GERAIS, 2007).

### **5.3 O planejamento governamental em Minas Gerais à procura da redução das desigualdades inter-regionais**

A Constituição Federal de 1988 buscou dar mais transparência e responsabilidade às ações de governo no país. Um dos meios encontrados pelos constituintes foi institucionalizar e integrar as atividades de planejamento e orçamento. Essa medida foi estendida aos demais entes federados, que estão obrigados a seguir, na legislação subnacional, a Constituição Federal.

Consta na CF de 1988, no Capítulo II, Das Finanças Públicas, na Seção II, Dos Orçamentos, em seu artigo 165, que leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais.

No parágrafo 1º, fica estabelecido que a lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal. Os demais artigos disciplinam o orçamento no nível federal.

Há inequívoca demonstração do comando da lei em integrar o processo de planejamento da ação governamental ao orçamento, para garantir à sociedade que, para serem propostas e executadas, as ações devem ter lastro orçamentário.

Com esse arranjo constitucional, em que há obrigatoriedade da elaboração dos três instrumentos, a atividade de governar com base no planejamento articulado ao orçamento passa a ser compulsória no Brasil.

A Constituição do Estado de Minas Gerais, seguindo a norma federal, disciplina as ações de governo, denominando PPAG, previsto no artigo 153, inciso I.

A Constituição Mineira determina, no artigo 154, que o PPAG deverá conter diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas a programas de duração continuada, por região de planejamento, reconhecendo as disparidades regionais do estado.

No parágrafo único do artigo 154 consta que o plano plurianual e os programas estaduais, regionais e setoriais, previstos na Constituição, serão elaborados em consonância com o PMDI e submetidos à apreciação da Assembleia Legislativa.

Os PMDIs têm por objetivo o planejamento de longo prazo, com horizonte temporal de 20 anos. Assim, a ideia do legislador é que os governos pautem suas ações pelo compromisso com as gerações futuras, obrigando-os a registrar sua visão de futuro para Minas Gerais.

Portanto, o PMDI tem validade de 20 anos, podendo receber revisões, de acordo com as alterações dos cenários. Os objetivos de longo prazo são traduzidos em objetivos de médio prazo nos PPAGs, a cada quatro anos.

O PPAG deve explicitar as ações de médio prazo, com horizonte temporal de quatro anos, sendo o primeiro ano de um mandato ainda orientado pelo PPAG elaborado e aprovado no mandato anterior. O PPAG deve, portanto, ser elaborado e aprovado no primeiro ano de mandato do Executivo, tendo validade para o primeiro ano do mandato seguinte.

Essa obrigação legal busca exigir dos governantes a responsabilidade da continuidade administrativa, ainda tão rara no Brasil, principalmente no nível municipal de governo, como pode ser observado na prática de servidora pública da pesquisadora, ao longo de 24 anos.

O segundo instrumento de planejamento é a LDO, que é anual e compreende as prioridades e metas da administração, explicitando as receitas e despesas para o

exercício financeiro do ano subsequente, além de orientar a LOA (terceiro instrumento de planejamento), também do exercício seguinte, e dispor sobre alterações na legislação tributária.

Estados e municípios devem seguir a mesma orientação constitucional no que se refere ao planejamento articulado ao orçamento.

Para enfrentar os desafios da necessidade de se desenvolver e de reduzir a desigualdade entre suas regiões, o estado de Minas Gerais acumulou tradição de planejamento governamental, que foi seguida por vários governos.

O planejamento materializou-se nos planos de governos, ainda no início do século XX, seguindo depois com os PMDES e, a partir de 1995, com os PMDIs, além das proposições na legislação para tratar dos problemas relacionados à desvantagem relativa do estado, ao enfrentamento da pobreza e da disparidade dentro do próprio território.

Nesta seção serão apresentados planos que foram os principais definidores das políticas no estado e será mencionado o que for relevante na legislação proposta, em decorrência dos planos, sobre o setor saúde, como instrumento de redução de desigualdades. Não se discorrerá sobre todos os instrumentos de planejamento governamental em Minas, em razão de não ser relevante para atender aos objetivos deste trabalho.

Aqui, também, não serão exaustivamente abordadas todas as inserções sobre o setor saúde nas Constituições mineiras ou na legislação ordinária do estado. Castro (2007) iluminou esse tema, realizando exaustiva abordagem no capítulo 3 de sua tese de doutorado. O autor mostrou que, pela primeira vez, aparece a responsabilização do estado sobre a assistência social, vinculando recursos do orçamento para assistência à maternidade, infância e adolescência, na Constituição Mineira de 1947, inovando em relação à própria Constituição Federal de 1946 (CASTRO, 2007a).

Segundo Carvalho (2005), o pensamento que ficou mais tarde conhecido como “mentalidade desenvolvimentista” foi introduzido no Brasil pela Escola de Minas de Ouro Preto, criada pelo Imperador Pedro II, em 1876. Dirigida por cientistas franceses, era uma instituição modernizadora e atendia aos planos dos Inconfidentes no que se referia à criação das fábricas de ferro e refletia valores do americanismo, referindo-se à admiração pelas conquistas de liberdade e democracia americanas (CARVALHO, 2005).

O ideal do fundador e diretor da escola até o fim do Império era enfatizar o ensino técnico e a pesquisa como reação ao bacharelismo predominante e orientar a ciência para as necessidades do desenvolvimento econômico, principalmente pela exploração dos recursos minerais abundantes na província.

Os alunos eram treinados a se preocuparem com as aplicações práticas de seus estudos, analisando também a natureza, e não apenas livros. Depois de egressos, espalharam-se pelas províncias e estados, introduziram-se na burocracia estadual e federal, envolveram-se na criação e administração de indústrias e influenciaram a definição da política mineral do país e das indústrias de base. Em Minas Gerais sua ação foi decisiva para a reorientação política e econômica na década de 1940.

Um dos ex-alunos era João Pinheiro, que se graduou na Faculdade de Direito de São Paulo, mas antes passou dois anos na Escola de Minas que o marcaram: era adepto do progresso a ser atingido, sobretudo pela educação técnica, pela modernização da agricultura e pequena propriedade rural. Como empresário, movia-se pelo desejo de mudança. Baseou parte de suas propostas reformistas na modernização da agricultura, pelo uso de novas tecnologias, mas teve planos industrializantes, onde Belo Horizonte, a nova capital do estado, seria propulsora.

Partidário da República e da forma federativa para o Estado brasileiro, João Pinheiro foi um dos fundadores do Partido Republicano Mineiro, sendo considerado responsável pela conciliação entre os novos e os primeiros republicanos, para garantir a sustentação do regime.

Foi Presidente do estado em duas ocasiões. Na primeira, tinha 29 anos e ficou poucos meses no cargo. Afastou-se, foi eleito para a Constituinte Federal em 1891 e após a promulgação da Constituição, desligou-se da Câmara dos Deputados e dedicou 10 anos à atividade empresarial, retornando à política para ser Senador e depois novamente Presidente do estado de Minas (CARVALHO, 2005).

João Pinheiro, tendo sido um dos precursores da defesa do planejamento econômico (FONSECA, 2004), ao presidir o Congresso Agrícola, Industrial e Comercial, em 1903, levou para a agenda os problemas regionais que eram, em grande parte, característicos do sistema econômico brasileiro.

Constavam das proposições para a reconstrução econômica de Minas, sintetizadas por João Pinheiro: prêmios para estímulo à iniciativa particular; auxílio dos poderes públicos para estabelecimento de sociedades de produção, de crédito e

de circulação e o protecionismo para as mercadorias produzidas. Considerava que a concessão de prêmios poderia ser eficiente para fomentar a substituição de importações. A reconstrução também passava pela diversificação com vistas ao mercado interno.

Como liberal, defendia que o protecionismo deveria permanecer apenas até que a indústria nacional estivesse suficientemente forte para enfrentar a concorrência estrangeira. Essa agenda ganhou espaço no cenário nacional e alimentou o debate sobre o protecionismo do início do século XX.

Para João Pinheiro, o exercício da atividade política apenas se justificava em nome do ideal de enfrentar o problema econômico brasileiro que, para ele, eram, ao mesmo tempo, o problema social e a verdadeira questão política (DULCI, 2005).

O que há de interesse na figura de João Pinheiro para este trabalho é o fato de ter governado com base no planejamento para a ação do Estado, defendendo que este tivesse papel de coordenador do desenvolvimento econômico e que se responsabilizasse pelo ensino público. “Desenvolvimento” e “plano” (no sentido de planejamento) foram definidos e executados, no Brasil, pioneiramente por João Pinheiro (CHACON, 2005).

Seu plano de governo foi elaborado a partir do diagnóstico da realidade e previa a intervenção do Estado para a superação do atraso de Minas Gerais, tendo colocado a administração pública como coordenadora do desenvolvimento econômico, não se cogitando montar um setor produtivo estatal (DULCI, 2005).

Outro exemplo do papel articulador do Estado, em seu governo, foi na educação. Como positivista, concebia para o estado a missão pedagógica de educar a população para o progresso (DULCI, 2005) e, para isso, prescreveu a universalização do ensino primário e inovou com a criação dos grupos escolares (que serviu de modelo para a implantação das escolas graduadas no Brasil) e criou fazendas-modelo para o ensino técnico da agricultura (BOMENY, 2005).

O projeto desenvolvimentista de João Pinheiro teria tido continuidade por meio de seus filhos (Israel Pinheiro foi governador de Minas entre 1966 e 1971) e políticos que incluem Juscelino Kubitschek.

Juscelino governou Minas Gerais de 1951 a 1954, coincidindo com o segundo governo de Vargas, trazendo para o governo a experiência da administração da capital Belo Horizonte (1940 a 1945), quando foi nomeado pelo interventor Benedito Valadares, por ter sido Secretário de Governo deste em 1933, alcançando ampla



popularidade. Como prefeito, havia construído a Cidade Industrial e a Pampulha, considerada uma antecipação de Brasília (CHACON, 2005).

Como governador adepto do planejamento, reaglutinou planejadores e tecnocratas. Suas prioridades foram industrialização e o binômio: “energia e transportes”, já que Minas contava com modesta disponibilidade de estradas e de energia elétrica e havia necessidade de ampliar o parque siderúrgico. Valorizava os trabalhos técnicos e os engenheiros. No período, houve a implantação das Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais (USIMINAS) em Ipatinga e da siderúrgica Mannesmann.

Para equacionar a questão energética, que necessitava de instrumentação institucional e organizacional, criou-se a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), que se mostrou um órgão central eficiente, servindo de escola de formação de engenheiros que contribuiriam posteriormente nas metas e nos projetos em escala nacional.

Foram construídas rodovias e pontes como estímulo ao desenvolvimento à economia do estado, incluindo o setor agropecuário, este beneficiado também com a implantação de outros órgãos, tais como Frigoríficos Minas Gerais S/A. (FRIMISA) e Fertilizantes S/A. (FERTISA), que deveriam oferecer capacidade frigorífica e fertilizantes.

Juscelino Kubitschek criou 120 postos de saúde no estado e houve, no período de seu governo, aumento de 62% de matrícula escolar primária e criação de novas escolas superiores, incluindo cinco conservatórios de música (FERNANDEZ, 2005).

A participação da administração pública mineira no desenvolvimento econômico do estado, a partir da década de 1960, foi decisiva.

Em 1966, assumiu o governo do estado Israel Pinheiro, que já havia ocupado a Secretaria de Agricultura, Indústria, Comércio e Trabalho em 1933.

No cargo de Secretário, na década de 1930, embasado por vários estudos, preparou o Plano de Desenvolvimento do Estado de Minas Gerais, considerado inovador na história de Minas, que propunha que o estado provesse infraestrutura, informações, estatísticas, ensino agrícola, apoios técnicos, coordenação e cooperação entre agentes, oferta de sementes, financiamentos, etc. para o desenvolvimento (PENNA, 2005).

O governo Israel Pinheiro (1966 a 1971), diante do “Diagnóstico da Economia Mineira”, determinou que o Conselho Estadual de Desenvolvimento e o Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais (BDMG) se articulassem para implantar um sistema estadual de planejamento. Para isso, o BDMG contratou a assessoria técnica do Instituto Latino-Americano de Planificação Econômica e Social, da Organização das Nações Unidas (MINAS GERAIS, 1969).

Foram criados, então, o Instituto de Desenvolvimento Industrial (INDI), a Fundação João Pinheiro (FJP), a Companhia de Distritos Industriais (CDI), que, juntamente com o BDMG, criado em 1962, formaram o conjunto institucional de apoio e fomento ao desenvolvimento. Simultaneamente, foi empreendida reforma administrativa pelo então Conselho Estadual de Desenvolvimento.

A FJP vinculou-se à Secretaria de Planejamento e Gestão do governo de Minas Gerais e atua no ensino e na pesquisa em administração pública, na avaliação de políticas públicas e na produção de indicadores estatísticos, econômicos, demográficos e sociais.

A criação dessa estrutura institucional teve repercussão positiva em nível nacional, pois ainda não havia, à época, no governo federal nem nos demais estados, instituições públicas com esse perfil para os fins de planejar e fomentar o desenvolvimento (LIMA NETO, 2008).

Outra atuação desenvolvimentista do governo de Minas foi na reforma fazendária, a partir de 1969, com a transformação da Secretaria de Estado da Fazenda, favorecendo a modernização e saneando as finanças, possibilitando ao estado a capacidade de investir (MINAS GERAIS, 2007).

O II Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social (II PMDES) foi elaborado pela Secretaria de Planejamento com assessoria do Instituto Latino-Americano de Planificação Econômica e Social, ligado à Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), e partiu das diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento do governo Geisel. Era Aureliano Chaves o governador indicado pelo governo federal.

No II PMDES aparece a preocupação com a necessidade de, além de melhorar a qualidade de vida nas regiões já industrialmente desenvolvidas e mais ricas, também levar o desenvolvimento aos vazios espaciais. Além da preocupação com a má-distribuição de renda no estado, surge a necessidade de enfrentar os

problemas provocados pela concentração industrial no ambiente e na saúde da população (MINAS GERAIS, 1975).

A elaboração do III PMDES ocorreu no governo de Francelino Pereira dos Santos, com vigência de 1980 a 1983. O documento esclareceu que era a primeira vez, no Brasil e em Minas, que o governo disponibilizava publicamente para debate, junto a todas as classes sociais, um documento que teria repercussão em todo o estado (MINAS GERAIS, 1979). Esse fato reflete o momento político pelo qual o país passava: a então denominada abertura gradual para a democracia, regulada pelo último governo militar do período da ditadura, o do Presidente João Batista Figueiredo.

O plano apresenta capítulos que contemplam setores específicos, mas exhibe outros, em que se propõe a integração de políticas, além dos relativos ao papel do estado (indutor), às funções da administração pública, ao papel do planejamento estatal para o desenvolvimento e, ainda, um capítulo relativo à participação comunitária e de iniciativas particulares.

Em relação ao desenvolvimento social, indica como urgente a necessidade de reduzir a pobreza rural e dar acesso a bens e serviços públicos às populações urbanas periféricas. Afirma que o governo pretende continuar o esforço desenvolvimentista, utilizando a ferramenta do planejamento regional.

No setor saúde, o III PMDES diagnosticava graves distorções decorrentes da falta de controle do mercado de serviços de saúde que geravam contrastes no atendimento entre regiões e camadas da população. Mostrava também a necessidade de ampliação da cobertura e da racionalização dos serviços, a aplicação de medidas preventivas, propondo a ação conjunta dos diversos níveis de governo para evitar a duplicação de ações.

Aparecem como aspectos cruciais as três concentrações, denominadas perversas: industrial/urbana, a pessoal de renda e a de receitas tributárias na esfera do governo federal (MINAS GERAIS, 1979).

O governo federal realizou, em 1995, diagnóstico da situação do aparelho do Estado brasileiro, em consonância com o debate internacional da década de 1980 sobre o papel que o Estado deveria desempenhar e o grau de intervenção que deveria ter na economia. O documento final concluiu que no Brasil esse debate tinha particular relevância, em razão do modelo de desenvolvimento adotado.

O diagnóstico apresentava a visão de que o Estado havia se desviado de suas funções precípuas para atuar fortemente na esfera produtiva, que seria da competência do mercado, segundo os analistas do governo. As manifestações mais evidentes da crise do Estado eram, de acordo com o referido diagnóstico, a crise fiscal e o esgotamento da estratégia de substituição de importações.

Para o governo federal, era necessário superar as formas de intervenção econômica e social do Estado adotadas até então.

As propostas para a solução da crise foram apresentadas no Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado e depois pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso.

O objetivo do plano era desenvolver uma administração pública do tipo gerencial a partir da reconstrução das funções do Estado e de sua burocracia, devolvendo ao mercado a função de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador do desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Naquele momento, considerou-se preocupação central a superação do problema da capacidade gerencial do Estado. Julgava-se necessário tornar a administração pública eficiente e moderna, que mudasse do enfoque nos meios e procedimentos para o modelo de gestão pública orientada por resultados, focalizado na qualidade dos serviços prestados à sociedade, na flexibilização da gestão e na preocupação com a eficiência administrativa.

Essas orientações foram adotadas no PMDI de 1995, com vigência de 1995 a 1998, em que o governo de Minas Gerais, representado por Eduardo Azeredo, propôs a reforma e modernização institucional no setor público, incluindo a avaliação da gestão governamental por indicadores de efetividade, a desoneração do Estado e a atuação sobre o quadro de servidores públicos (MINAS GERAIS, 1995).

Os principais desafios eram: desigualdades de renda e dos indicadores sociais entre regiões, renda *per capita* abaixo da nacional, deterioração ambiental, reduzidos níveis de poupança pública e privada diante das necessidades de investimento, deterioração de segmentos da máquina pública e disfunções do sistema federativo com consequentes inadequações e indefinições de responsabilidades e atribuições de cada nível do governo.

Ao reconhecer a forte desigualdade entre as regiões, o plano propôs a superação desse desafio pela via do desenvolvimento das regiões mais pobres, aproveitando as potencialidades e vantagens de cada uma.

O PMDI de 1995 esclarecia que a experiência internacional mostrou que era inviável adotar modelos muito abrangentes de planejamento, incluindo todas as funções públicas e até privadas, por isso, contemplaria funções e temas estratégicos para o desenvolvimento do Estado.

Assim, o planejamento seguiu três linhas: a implantação de programas estruturantes; a coordenação de programas prioritários e de políticas, ações ou programas setoriais (selecionados de acordo com as prioridades dos diversos sistemas operacionais, inclusive os programas que estavam em andamento) e o acompanhamento das ações permanentes das várias áreas do governo, assegurando o enfoque da avaliação de seus resultados.

Definiu-se, ainda, que todas as ações propostas no PMDI deveriam ter como referência a questão ambiental, o desenvolvimento sustentado e a agilização dos processos.

O plano explicitou que os compromissos do Estado com a redução dos impactos ambientais negativos e, no longo prazo, com a melhoria das condições do meio ambiente e com o fomento do desenvolvimento sustentável eram uma diretriz que deveria orientar todas as políticas e ações do governo. Essa explicitação era resultado da então recente Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, ocorrida no Rio de Janeiro em 1992, que se tornou conhecida como ECO 92.

Percebe-se, nesse plano, a adoção do modelo gerencial da administração pública com a avaliação de resultados e a intenção de integrar ações por meio de programas. O objetivo era a racionalização de recursos ao impedir fragmentação e superposição de ações, justificadas pelo governo devido ao cenário de crise fiscal e para responder às necessidades detectadas no diagnóstico da situação.

O PMDI 1995 estabeleceu como programas estruturantes: “Reforma e modernização do estado”, “Eixos estratégicos de transporte”, “Ciência e tecnologia: missões tecnológicas”, “Educação básica e de qualidade para todos”, “Saúde pública”, “Aproveitamento de recursos hídricos para irrigação nas bacias dos rios São Francisco, Jequitinhonha e Pardo”.

A saúde pública foi incluída nas prioridades desse PMDI, que seguiu a lógica de atuação estatal apenas onde esta pudesse ser eficiente e do estado indutor do desenvolvimento.

Destaque no período deve ser dado à Lei Robin Hood, que traduz o esforço permanente do governo e sociedade mineiros, por meio dos seus representantes, na busca de um território com uma população menos desigual do ponto de vista dos direitos de cidadania.

Para melhor entendimento sobre a lei, apresentar-se-ão breve explicação e histórico desse instrumento do governo mineiro (MINAS GERAIS, 2005a).

A Constituição Federal estabelece, no artigo 158, as regras da distribuição do ICMS e de 10% do IPI entre os membros da federação.

Do total do valor arrecadado, 25% pertencem aos municípios (inciso IV), devendo ser repassados, no mínimo, três quartos, proporcionalmente ao valor adicionado fiscal (VAF), e o restante como dispuser a lei estadual.

O estado de Minas Gerais, de acordo com a competência dada pela CF, estabeleceu no Decreto-Lei nº 32.771, de julho de 1991, que a distribuição da cota-parte do ICMS dos municípios observaria três critérios: o VAF, os municípios mineradores e compensação financeira por desmembramento de Distrito. Percebe-se aí um estímulo à criação de novos municípios.

A distribuição do ICMS realizada com base nesses critérios demonstrava alto grau de concentração de recursos nos municípios mais desenvolvidos e mais ativos economicamente e, conseqüentemente, possuidores do maior volume de VAF.

Com base nesse diagnóstico pouco favorável para os municípios mais pobres e que apresentavam atividade econômica inexpressiva, foi publicada, em 28 de dezembro de 1995, a Lei nº 12.040, ou Lei Robin Hood, que indicava novos critérios para a distribuição da cota-parte do ICMS dos municípios. Essa lei visava a descentralizar, desconcentrar renda e transferir recursos para regiões mais pobres; incentivar a aplicação de recursos municipais nas áreas sociais; induzir os municípios a aumentarem sua arrecadação e a utilizarem com mais eficiência os recursos arrecadados; e, por fim, criar uma parceria entre estado e municípios, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população dessas regiões. Assim, os novos critérios introduziram outras variáveis que modificaram a metodologia de cálculo usada.

Em dezembro de 1996 foi publicada a Lei nº 12.428, que alterou a lei anterior, diminuindo o peso do VAF e melhorando a participação dos critérios: área geográfica, população, população dos 50 mais populosos, educação, saúde, meio ambiente, patrimônio cultural, produção de alimentos e receita própria.

Até o fim do ano de 2009 prevaleceu a Lei nº 13.803, de 27 de dezembro de 2000, que manteve os critérios e as variáveis da lei anterior (12.428/96), mas determinou a redução progressiva da compensação financeira dos repasses para os municípios de Mateus Leme e Mesquita e extinção desse critério a partir de 2004 (MINAS GERAIS, 2000a).

Em 12 de janeiro de 2009 foi aprovada e publicada a Lei nº 18.030, originária do Projeto de Lei nº 23/2003, com o objetivo de promover mudanças significativas na distribuição da cota-parte do ICMS pertencentes aos municípios do estado, estabelecendo a inclusão de seis critérios (turismo, esportes, municípios sede de estabelecimentos penitenciários, recursos hídricos, ICMS solidário e mínimo *per capita*) e de um subcritério, o ICMS ecológico.

A Lei nº 18.030, que entrou em vigor em 2010 e terá seus efeitos a partir de 2011, estabelece em seu artigo 5º, na Subseção IV, Do Critério "Saúde":

“Os valores decorrentes da aplicação dos percentuais relativos ao critério "saúde", de que trata o inciso IX do art. 1º, serão distribuídos aos municípios da seguinte forma:

I - parcela de, no máximo, 50% (cinquenta por cento) do total aos municípios que desenvolverem e mantiverem em funcionamento programas específicos voltados para o atendimento à saúde das famílias, mediante comprovação na Secretaria de Estado de Saúde, calculada conforme a população efetivamente atendida em relação à população total do município;

II - o saldo remanescente dos recursos, encerrada a distribuição conforme o inciso I, de acordo com a relação entre os gastos de saúde *per capita* do município e o somatório dos gastos de saúde *per capita* de todos os municípios do estado, calculada com base nos dados relativos ao segundo ano civil imediatamente anterior, fornecidos pelo Tribunal de Contas do Estado.

Parágrafo único. A Fundação João Pinheiro fará publicar, na primeira segunda-feira de cada mês, os dados constitutivos e a relação dos índices de participação de cada município, no critério a que se refere este artigo, relativos ao mês imediatamente anterior, para fins de distribuição no mês subsequente.”

A Lei nº 18.030 entrou em vigor em janeiro de 2010, mas a distribuição realizada com base nos novos critérios somente iniciará a partir de 2011.

A Lei Robin Hood tem sido considerada iniciativa virtuosa do estado de Minas Gerais para reduzir desigualdades entre as regiões.

Um trabalho na área de economia avaliou a eficácia e eficiência das políticas regionais implementadas em Minas Gerais (se diminuíram as desigualdades e se contribuíram para o crescimento do PIB *per capita*) para os municípios mineiros ao longo do período de 1999 a 2004. Sua conclusão foi que a política da Lei Robin Hood não foi eficaz nem eficiente.

Ao contrário, para o período analisado, a Lei Robin Hood promoveu o aguçamento das desigualdades regionais em relação à renda. Os autores concluíram que os critérios vigentes da Lei Robin Hood beneficiaram, ainda, os municípios que mais investem em educação, saúde, patrimônio cultural e que apresentam expressivas receitas próprias, sendo, portanto, a princípio, os municípios mais ricos.

A política do Fundo de Participação dos Municípios e a política da carga tributária municipal, apesar de não terem sido eficientes, foram eficazes.

Os autores sugeriram investigar os efeitos da lei caso seus critérios fossem semelhantes ao do FPM e verificar se políticas sociais com foco nas pessoas não teriam melhores efeitos (MARANDUBA JÚNIOR; ALMEIDA, 2008).

O “PMDI 2000-2003 – Uma estratégia para o desenvolvimento sustentável”, publicado em 1999, foi pautado pela decisão do governo mineiro de buscar alternativas ao modelo de atuação do governo federal que, segundo o documento, promoveu o ajuste fiscal, punindo os níveis subnacionais, especialmente os estados e o crescimento econômico, com taxas reduzidas (MINAS GERAIS, 2000b).

Assim, o PMDI 2000-2003 seria um instrumento do governo mineiro, então governador Itamar Franco, que se colocava como alternativa ao modelo do governo federal, adotado pelo governo anterior, em Minas Gerais.

Essa postura é inequivocamente explicitada ao apresentar, como centro da preocupação governamental, o crescimento com equidade social e o papel do poder público na construção de sociedade mais justa e humana. E propondo que o estado retomasse o papel na construção do desenvolvimento e na alocação de recursos, como um dos principais capitais atuantes na economia por meio das empresas e agências estatais ou pela reestruturação da máquina pública de planejamento e gestão e por meio da recuperação dos serviços públicos.

Nesse aspecto, o PMDI 2000-2003 se apresenta quase como um manifesto contrário às políticas macroeconômicas, de desenvolvimento e da administração



pública, implementadas pelos governos mineiros anteriores, especialmente pelo seu antecessor, Eduardo Azeredo.

O plano utilizou a metodologia de elaboração de cenários, empregada no planejamento estratégico.

No que se refere à regionalização, afirma a retomada do planejamento regional, que é uma diretriz da Constituição Estadual de 1989.

A ideia do plano era de contraposição à concepção hegemônica de que o mundo se constitui de redes interconectadas com base na densidade técnica, na capacidade de informação e velocidade, criando os eixos nacionais de integração e desenvolvimento, que gera ilhas articuladas ao mercado externo cercadas por áreas de abandono.

Assim, o governo propôs o planejamento regional articulado ao estadual e nacional, em matriz, com macropolíticas articuladas a programas e projetos locais, produzidos pelo planejamento participativo, incorporando a diversidade de Minas.

Foram citados como fragilidades no diagnóstico do plano: baixas taxas de crescimento (no triênio 1997-1999 o Brasil cresceu 1,01% e Minas Gerais, 1,39%), investimentos em declínio, conseqüente baixa renda *per capita*, persistência das desigualdades regionais, desemprego crescente da população economicamente ativa, restrição orçamentária conjugada com descentralização de políticas para os estado e municípios (cita saúde e educação) sem adequação das fontes de financiamento e desarticulação da máquina estatal direcionada para o planejamento.

O planejamento sustentável tinha como objetivo central do modelo de desenvolvimento a elevação da qualidade de vida e a busca pela equidade; como pré-requisitos, a eficiência econômica e o equilíbrio macroeconômico; e como condicionante, o crescimento e a conservação ambiental.

A partir disso, o PMDI 2000-2003 traçou diretrizes e adotou planos e estratégias abrangentes e compreensivos, indicou políticas e programas a serem implementados pelo governo, mas que deveriam ser discutidos e reformulados pela sociedade.

Foram considerados estratégicos: o papel do Estado, a gestão pública, a redução de vulnerabilidade pela ampliação do mercado interno e expansão da base econômica, o papel dos municípios, os recursos hídricos, a promoção da mudança social e da qualidade de vida, o fortalecimento do sistema estadual de planejamento,

a montagem de um sistema estadual de informação e o modelo de participação social por região e dimensões.

Foi elaborada para cada região do estado uma matriz de planejamento para a sustentabilidade, com as dimensões socioeconômica, produtivo-tecnológica, geoambiental e político-institucional e cultural.

Para atender ao II PMDI e depois à definição das NOAS 01/01 e 01/02, a SES iniciou, nesse governo, o processo de elaboração do PDR, de acordo com a normatização do Ministério da Saúde.

Os trabalhos foram conduzidos entre 2001 e 2002 pela Superintendência de Regulação da SES, por uma comissão que envolveu técnicos da Secretaria e representantes dos municípios e do COSEMS.

Os resultados do trabalho foram compilados no PDR 2001-2004, aprovado pela CIB de Minas Gerais em 02 de outubro de 2001 e pelo CES conforme Deliberação CES/MG nº 036/2002. O PDR foi sendo ajustado de acordo com o processo de construção da regionalização no estado (MINAS GERAIS, 2002).

O PDR serviu de base para o Plano Diretor de Investimentos, que definiria a alocação de recursos físicos para o SUS em todo o estado, com o objetivo de atender à diretriz de regionalização e promoção de equidade.

Ao abordar a regionalização em Minas Gerais, neste trabalho, o PDR será apresentado de forma mais pormenorizada.

Em 2003, o governo estadual eleito em 2002 elaborou uma estratégia de desenvolvimento centrada no ajuste fiscal, na revitalização dos principais instrumentos de planejamento governamental, no PMDI, PPAG e na estruturação do modelo de gestão pública por resultados, materializado, principalmente na avaliação de desempenho institucional por meio do Acordo de Resultados. Nesse primeiro ano de governo, iniciou-se a elaboração do próximo PMDI.

O diagnóstico da situação de Minas Gerais apresentado no PMDI 2003-2020 foi bastante próximo do PMDI anterior, mesmo porque o contexto econômico nacional ainda não havia mudado substancialmente. Vale lembrar que o governo federal do presidente Luiz Inácio Lula da Silva havia se iniciado ao mesmo tempo do governo estadual de Aécio Neves. Então, ainda não se poderiam verificar efeitos da mudança de políticas do nível federal.

De acordo com o diagnóstico apresentado no PMDI 2003-2020 (MINAS GERAIS, 2003a), apesar de o crescimento do PIB *per capita* mineiro no período de

1990 a 2001 ter sido ligeiramente superior à média, a situação não era favorável quando se comparava a outros estados. O PIB *per capita* mineiro era quase 10% inferior à média nacional, devido, em parte, às persistentes disparidades regionais.

A produção ainda apresentava a manutenção das bases agropecuária e de extração mineral como pilares da indústria mineira e aumento recente e expressivo, consolidando uma tendência do setor de serviços à participação no PIB estadual.

A infraestrutura de Minas Gerais era bastante heterogênea, mas com carência no acesso a serviços de saneamento, de transporte e de logística.

Os indicadores sociais refletiam também essas desigualdades.

Na educação, apesar de ocorrer a universalização, a qualidade do ensino público era considerada baixa, tanto que mais de 50% dos alunos não atendiam aos requisitos nacionais básicos nos vários níveis de ensino e quanto mais elevado o nível, mais baixo o índice de pessoas qualificadas.

Na saúde, considerou-se que avanços foram alcançados, principalmente devido ao SUS. Os resultados obtidos pelo PSF apuraram cobertura de 23% da população, enquanto no Brasil era de 16%; redução da taxa de mortalidade infantil de 28,8 em 1997 para 26,3 em 1999 por 1.000 nascidos vivos; e redução da taxa de mortalidade materna de 86,59 em 1998 para 41,88 em 1999 por 100.000 nascidos vivos. Chamava a atenção a taxa de homicídio para homens de 20 a 29 anos, que aumentou 50% no período, passando de 23,74 em 1994 para 35,54 em 1999 por 1.000.

Minas Gerais foi o estado de maior proporção de famílias pobres entre as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, em 1999. Atribuiu-se esse quadro desfavorável às desigualdades regionais do estado, sendo o IDH fortemente influenciado pelas regiões mais pobres, o que justificava a necessidade urgente de uma política consistente de combate à pobreza.

Dados da FJP mostraram déficit de mais de 600 mil moradias em 2001.

O governo sugeriu três opções estratégicas e 10 objetivos prioritários diante dos desafios diagnosticados. As três opções estratégicas foram: promover o desenvolvimento econômico e social em bases sustentáveis; reorganizar e modernizar a administração pública estadual; e recuperar o vigor político de Minas Gerais.

Os 10 objetivos que compuseram a agenda prioritária do governo foram:

- Melhorar substancialmente a segurança dos mineiros, especialmente na região metropolitana de Belo Horizonte;
- prover a infraestrutura requerida por Minas Gerais, com ênfase na ampliação e recuperação da malha rodoviária e do saneamento básico;
- melhorar e ampliar o atendimento ao cidadão, por meio da oferta de serviços públicos de qualidade, especialmente na educação, saúde e habitação;
- intensificar a atuação do governo na gestão do meio ambiente, transformando-a em oportunidade para o desenvolvimento sustentável do estado;
- contribuir para a geração de empregos a partir de iniciativas e do incentivo a atividades que incluam jovens, mulheres e o segmento populacional maduro no mercado de trabalho;
- fomentar o desenvolvimento econômico estadual, com ênfase no agronegócio, de forma regionalizada e com mecanismos inovadores que não comprometam as finanças estaduais;
- reduzir as desigualdades regionais com prioridade para a melhoria dos indicadores sociais da região Norte e dos vales do Jequitinhonha e do Mucuri;
- estabelecer um novo modo de operação do estado, saneando as finanças públicas e buscando a eficácia da máquina pública, por meio de um efetivo “Choque de Gestão”;
- viabilizar novas formas de financiamento dos empreendimentos, construindo um novo marco legal, orientado para as parcerias público-privadas; e
- consolidar a posição de liderança política de Minas no contexto nacional.

As “Orientações Estratégicas” para o setor saúde foram a reorganização da oferta em relação à demanda, promovendo equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais e a promoção de ações integradas entre as diversas áreas do governo, para potencializar seus resultados.

Foram definidas três grandes prioridades: reduzir a mortalidade infantil; ampliar e qualificar os serviços das equipes de saúde da família e prosseguir na descentralização do atendimento nas várias regiões do estado.

Essas orientações só poderiam ser cumpridas se o governo aprofundasse o processo de regionalização da assistência, já em curso no governo de Itamar

Franco, atendendo às definições da política nacional de saúde, expressas nas NOAS 01/01 e 01/02.

O plano fez um chamado aos gestores de entidades que prestavam serviços estaduais ao público, em especial na área social, a melhorar o gerenciamento, utilizar a criatividade e a pró-atividade para produzir mais com os recursos existentes e/ou captar recursos de fontes alternativas (governo federal, setor privado e organismos internacionais) ao tesouro estadual, para custeio da ampliação da oferta.

Em relação ao desenvolvimento econômico, o papel do estado foi definido, no PMDI 2003-2020, como o de facilitador para atrair a iniciativa privada e os investidores empreendedores para participar do processo de desenvolvimento. O governo teria como prioridade criar e manter ambiente atrativo e propício a investimentos produtivos e acolhedor de novos empreendimentos e competências.

A preparação do estado para o crescimento foi uma das justificativas para os ajustes administrativo e fiscal propostos e executados. Determinou-se que o foco seria, principalmente, o desenvolvimento de parcerias.

No objetivo “Choque de Gestão” foi definido o cumprimento dos dispositivos legais relativos ao planejamento e orçamento, em que propunha a estrita prática da disciplina financeira, solicitando que os orçamentos fossem realistas, os quais deveriam ser rigorosamente cumpridos, servindo, de fato, para a alocação de recursos.

A proposta de aperfeiçoar os processos de planejamento e orçamento objetivou dar foco, precisão e transparência e, ainda, a integrar planejamento, orçamento e gestão.

Castro (2007) verificou que nos quatro primeiros anos de vigência do PMDI, de 2004 a 2007, houve coerência entre as quatro leis que formam o arcabouço do planejamento orçamentário (PMDI, PPAG, LDOs, LOAs) e os respectivos Balanços Gerais do Estado.

As propostas e programas definidos para a saúde, no âmbito do planejamento do estado, serão pormenorizados na próxima seção, que abordará a agenda governamental para o setor.

A partir desse PMDI, construiu-se o PPAG, as LDOs e as LOAs para o quadriênio 2004-2007.

Em 2006, o governador Aécio Neves foi reeleito com expressiva votação (77,03% dos votos válidos, no primeiro turno), tendo como Vice-Governador o

Secretário de Planejamento e Gestão do primeiro governo, Antônio Augusto Junho Anastasia, que exerceu o papel de coordenador de todo o processo de gestão no quadriênio 2003-2006.

Foi significativa a escolha de um vice-governador saído do ambiente mais técnico do que da militância ou articulações partidárias, apesar da ampla aliança política que sustentou o governo, com poucas dissonâncias na Assembleia Legislativa.

Isto indicava que a forma de gestão do Poder Executivo de Minas Gerais não mudaria e, mais do que isso, a gestão pública, com base no planejamento e orientada por resultados, seria a condutora do governo seguinte.

A votação recebida deu ao governador a possibilidade de aprofundar a gestão por resultados desenvolvida no primeiro mandato. Ao assumir pela segunda vez o governo de Minas, Aécio Neves implantou, em 2007, o “Estado para Resultados” ou “Choque de Gestão de Segunda Geração”.

A gestão do setor saúde ficou, no primeiro governo, a cargo de um economista, Marcus Pestana, que conduziu a política de acordo com o planejamento definido e, portanto, conforme a orientação de gestão contida nos instrumentos de planejamento e gestão governamental. O Secretário Estadual de Saúde foi eleito Deputado Estadual, mas foi reconduzido ao cargo no segundo mandato de Aécio Neves, iniciado em 2007.

No primeiro ano do novo mandato, em 2007, houve a revisão do PMDI, reconhecida como necessária pelo governo diante dos resultados obtidos no quadriênio anterior, conforme esclarece o texto do documento. O PMDI 2007-2023 deverá orientar a política estadual no longo prazo, até o ano de 2023.

O governo do estado avaliou que o Choque de Gestão foi exitoso, já que introduziu na administração pública a concepção do estado que gasta menos com a máquina e mais com o cidadão.

Segundo o governador, pretendia-se construir o “Estado para Resultados” e superar a discussão sobre o modelo de estado desejado para Minas Gerais e para o Brasil: se o estado mínimo, o fiscalista ou desenvolvimentista.

Para Aécio Neves, o desenvolvimentismo sem a responsabilidade fiscal não traria ganhos sustentáveis no longo prazo e a ausência do estado em áreas consideradas essenciais desconheceria as desigualdades ainda muito presentes no estado (MINAS GERAIS, 2007).

Como este estudo pretendeu avaliar os efeitos de um programa que constou do PMDI 2003-2020 e está presente também em sua revisão de 2007, em que se declara a opção pela gestão por resultados, julgou-se necessário inserir, para melhor entendimento do contexto em que se desenvolveram as ações, breve abordagem teórica sobre essa opção de gestão feita pelo governo de Minas Gerais, no período.

Até o início dos anos 1980, o setor público, na maioria dos países, foi considerado monopolista, centralizador, hierárquico e pouco flexível. Esse diagnóstico fez parte da maioria das correntes que propunham a flexibilização e desoneração do aparelho do estado, incluindo a estratégia de descentralização das atividades, nas suas várias formas. Esse diagnóstico mostrava, ainda, que o setor público já não oferecia respostas aos usuários e estava isolado do setor privado e de outras instituições fora dos governos.

Com a crise dos orçamentos e a constatação de ineficiências e o aparecimento das teorias da escolha pública, do agente-principal, entre outras, houve o entendimento político, pelos governos, primeiro, dos países desenvolvidos e, depois, pelos governos de países em desenvolvimento, de que as abordagens tradicionais na administração pública necessitavam ser revistas.

Um conjunto de reformas conhecido como a Nova Gestão Pública (NGP) compôs um novo modelo de gestão do estado. No centro dessas reformas estava presente a ideia de mudar a forma de governar por controle, para o governo por contrato.

Essa nova forma de governar envolveu mudança na estrutura organizacional do setor público, como, por exemplo, autonomia gerencial ou transformação de agências públicas em corporações e introdução de processos de mercado (privatização formal ou reformas que simulam o mercado dentro do setor público, como separação comprador-provedor e descentralização). Essa mudança implicou a redefinição do papel do governo, passando de provedor direto de serviços para o papel de gestor, supervisor e regulador.

A Nova Zelândia foi o país em que a NGP teve mais visibilidade pelas reformas conduzidas no fim dos anos 1980, passando por todos os setores, sendo considerado o exemplo mais abrangente de um processo de reforma motivado pela NGP, até então (KHALEGHIAN; GUPTA, 2004).

A busca por mais eficiência na administração pública foi o tema central da reforma do aparelho do estado, no início dos anos 1980, nos países anglo-saxões e que se propagou para outros países, incluindo o Brasil, a partir dos anos 1990.

Para responder à crise do aparelho do estado, surgiu a proposta da administração pública gerencial, na segunda metade do século XX, como possível modo de enfrentar a crise fiscal e reduzir o custo, aumentando a eficiência da administração dos serviços sob responsabilidade do estado. Essa forma de gestão pretendia, também, ser instrumento para proteger o patrimônio público contra os interesses da corrupção aberta ou de entes privados que desejem obter dos governos regulação favorável a eles (BRESSER PEREIRA, 1998).

No início, as reformas propunham o estado mínimo, com transferências de grande parte dos serviços públicos para o mercado, argumentando que nele haveria mais eficiência. Porém, movimentos posteriores defenderam a reconstrução do estado, buscando para ele o tamanho adequado e eficiente.

Há divergências entre as duas orientações no que se refere às premissas, causas e soluções para os problemas da administração pública. O ponto convergente das duas visões é a preocupação com a eficiência das políticas e dos serviços públicos (GOMES, 2009).

Depois de 30 anos e de iniciativas de reformas em muitos países, muitas sem sucesso, o objetivo de se alcançar a eficiência continuou na agenda dos governos e é parte do escopo do movimento da NGP, para onde convergiram os preceitos e objetivos presentes nos modelos anteriores, tais como o gerencialismo puro e as perspectivas mais democráticas de gestão.

Assim, a NGP teve os objetivos de equilíbrio fiscal, que foi o foco principal das reformas pela administração pública gerencial, de promover mais competição política e suprir as crescentes necessidades sociais pela reconstrução do estado.

Os preceitos da NGP podem ser resumidos como o alinhamento das contribuições do paradigma gerencial aos valores de foco no cidadão, reforço dos elementos meritocráticos, flexibilidade e gestão por resultados. O foco no cidadão significa abranger suas necessidades como usuário e cliente, como contribuinte e ator político principal, seu atendimento preferencial e com qualidade, relegitimando o estado (GOMES, 2009).

A principal prescrição da NGP é a gestão por resultados que, em síntese, enfatiza o uso eficaz da informação, o estabelecimento de indicadores de



desempenho e o constante monitoramento e avaliação do efeito dos serviços e das políticas públicas, visando aumentar a eficiência, a efetividade e o *accountability* da gestão pública.

No Brasil, a tentativa de reforma pela administração pública gerencial, tratada no Plano Diretor da Reforma do Estado (BRASIL, 1995) durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, poderia ser considerado alinhado aos preceitos da NGP, mas fracassou, principalmente pela resistência imposta pela política de ajuste fiscal (REZENDE, 2004).

Mas é relevante observar que a EC nº 19, de 04 de junho de 1998, acolheu parte das propostas de mudança, acrescentando, no artigo 37 da CF de 1988, a eficiência aos princípios constitucionais da administração pública, ao lado da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 1998a).

Os conceitos da NGP ecoaram nos especialistas em políticas de saúde e influenciaram as reformas no setor nos anos 1980 e 1990 e, na maioria dos casos, as reformas atingiram serviços preventivos e curativos com as mesmas recomendações para os dois tipos.

Alguns conceitos como separação comprador-provedor, autonomia de hospitais e descentralização foram efetivos para serviços curativos.

Apesar de países em desenvolvimento (Gana, Zimbábue, Sri Lanka e Tailândia) terem feito tentativas em graus variados, os sucessos mais expressivos foram relatados em países industrializados, com altos níveis de capacidade administrativa e estabilidade política (Singapura e Nova Zelândia).

Para os chamados serviços de saúde pública e de prevenção, as avaliações de impacto revelaram que as estratégias foram menos positivas (KHALEGHIAN; GUPTA, 2004).

A agenda de reformas, iniciada pelo governo federal em 1995, continuou em algumas unidades federativas no Brasil, inclusive em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1995). A reforma denominada “Choque de Gestão” pode ser considerada exemplo da aplicação dos preceitos da NGP, quais sejam: planejamento estratégico, foco em resultados e contratualização de desempenho institucional e individual.

O Choque de Gestão constou de medidas imediatas emergenciais, que caracterizaram mais propriamente o termo “choque”, e medidas de médio e longo prazos.

O governo mineiro justificou as medidas imediatas pela necessidade de enfrentamento da situação das finanças e do nível de serviços públicos do governo no fim de 2002.

Havia o comprometimento de 61% da receita corrente líquida com despesa com pessoal, dívidas com fornecedores, gerando custos adicionais, além da insegurança quanto à garantia de recursos para os projetos e a não integração entre planejamento e orçamento, fazendo com que o planejamento não servisse ao objetivo de nortear as ações.

As medidas de médio e longo prazos foram consubstanciadas no planejamento estratégico do governo, já abordadas no PMDI 2003-2020 e em sua revisão, o 2007-2023.

O Choque de Gestão também foi concebido como um conjunto integrado de políticas de gestão orientado para o desenvolvimento. Isso diferencia a experiência de Minas da primeira geração das reformas dos anos 1980 e 1990, que tinham orientação essencialmente econômica e fiscal.

Assim, segundo Gomes (2009), enfatizou-se o bem-estar da população aliado à responsabilidade fiscal, por meio de transformações estruturais e não apenas por redução de despesas, numa abordagem dual que se sustentou em dois pilares: o equilíbrio fiscal, estratégia do presente, e uma estratégia de desenvolvimento, do futuro (GOMES, 2009).

O autor discutiu a hipótese de haver uma relação causal entre o modelo de Gestão por Resultados e eficiência em um ambiente democrático. Para isso, empreendeu uma discussão teórica dos conceitos de eficiência e racionalidade, incluindo a dimensão política na discussão. Acrescentou à discussão o conceito de Gestão por Resultados, à luz da teoria sobre coordenação intragovernamental<sup>4</sup> nos momentos de formulação e implementação de políticas públicas, sobre mecanismos de coordenação e sobre indicadores de resultados.

A partir da concepção de Gestão por Resultados, Gomes (2009) analisou a experiência de Minas Gerais no período de 2002 a 2007, que, segundo ele, foi considerada uma iniciativa de aplicação abrangente dos preceitos da NGP.

---

<sup>4</sup> Coordenação intragovernamental é um conceito mais geral, mas subjacente à maior parte das políticas públicas de gestão, definido como um processo formal de gestão da formulação e da implementação de políticas públicas, executado por meio de mecanismos específicos, que promove o alinhamento de objetivos entre os atores políticos e a consecução técnico-administrativa dos objetivos acordados (GOMES, 2009; p. 155).

Na avaliação que realizou, o autor concluiu que, apesar de haver iniciativas em direção à coordenação da implementação das políticas por resultado, o governo de Minas reforçou, concomitantemente, mecanismos de coordenação por procedimentos e de habilidades, tanto que adotou como resultado o desempenho de algumas atividades consideradas meio, tais como o da área de resultado “Qualidade e Inovação em Gestão Pública”.

Outra demonstração de mecanismos de coordenação por procedimentos e habilidades foi o baixo percentual da despesa orçamentária executada, que se encontrava sob gerenciamento intensivo de projetos, em torno de 8,35% em 2007, participação considerada tímida pelo autor.

Em relação ao processo de tomada de decisão realizado em primeira instância por um colegiado que define os objetivos do PMDI, o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, considerou-se que possui claramente as características de um planejamento racional exaustivo. Gomes (2009) questiona se o aparato técnico e metodológico de informações que subsidia o Conselho não excluiria atores sociais e políticos do processo, por não entenderem completamente os profundos diagnósticos e cenários elaborados.

Há, ainda, uma crítica ao modelo, pela dificuldade na tradução de objetivos em indicadores que medirão os resultados, no que se refere à validade (capacidade de medir adequadamente o fenômeno), bem como à especificidade e tempestividade (intervalo de tempo entre o efeito da política, a medição do efeito e a disponibilização de informações para o replanejamento).

Minas e todos os outros estados sofrem dessas mesmas dificuldades, fazendo com que o modelo enfrente desafios considerados por Gomes (2009) quase intransponíveis.

É preciso considerar que há desafios, mas que já houve grandes avanços em relação a essas dificuldades abordadas por Gomes (2009), já que o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que é fonte de dados para muitos dos indicadores utilizados pela SES/MG para avaliar resultados, tem melhorado a disponibilidade de dados, principalmente os referentes à assistência à saúde, em que há defasagem de um ou dois meses.

Para outros, como os de estatísticas vitais, necessários para cálculos de desfechos (resultados finalísticos, no modelo de Minas), a defasagem é de dois anos, o que não auxilia a atividade do planejador.

Quanto à crítica de Gomes (2009) sobre o ainda grande volume de mecanismos de coordenação por procedimentos e de habilidades na reforma adotada pelo estado de Minas, há que se reconhecer a necessidade da obediência pelo poder público à legislação que busca garantir transparência aos atos da administração pública.

Entre eles podem ser citados os processos licitatórios, que são coordenados com base em procedimentos, que correspondem ao cumprimento de preceitos legais e que não podem ser suprimidos em nome da eficiência, sob risco de prejuízo para a administração, devendo o mesmo raciocínio ser aplicado à contratação de recursos humanos para preenchimento de cargos públicos.

Em ambas as situações, se houver o privilégio da coordenação apenas por resultados, incorre-se no risco de não cumprimento do artigo 37, *caput*, da Constituição Federal, que trata dos princípios inerentes à administração pública, no que se refere aos princípios da impessoalidade e da moralidade.

O PMDI 2007-2023 reforça a tradição do governo de Minas Gerais de buscar ser o catalisador e promotor do consenso e indutor do desenvolvimento do estado.

Foram definidos cinco eixos estratégicos que acolheram os destinatários das políticas públicas a serem implementadas para atingir a visão de futuro pretendida pelo governo para 2023 (tornar Minas o melhor estado para se viver), quais sejam:

- Pessoas instruídas, qualificadas e saudáveis serão o foco dos programas de educação, saúde e cultura direcionados a ampliar o capital humano, fator essencial para o desenvolvimento econômico e social;
- jovens protagonistas: construindo aliança social estratégica, esse eixo pretende organizar as diversas ações dirigidas à juventude, com o objetivo de ampliar a oferta de emprego, o empreendedorismo e a inclusão social dessa camada da população;
- empresas dinâmicas e inovadoras: pretendem dar atenção ao crescimento econômico como a grande alavanca das transformações sociais sustentáveis por meio de programas de fomento econômico, infraestrutura e ciência e tecnologia e da construção de um pacto estadual pela elevação da taxa de investimento e da competitividade da economia de Minas Gerais;
- Cidades seguras e bem cuidadas: com os programas relativos ao meio ambiente, segurança pública, habitação e saneamento, o foco desse eixo é melhorar a qualidade de vida nas cidades;

- Equidade entre pessoas e regiões: pretende implementar programas voltados para as regiões e locais de baixo IDH, destinados aos segmentos mais vulneráveis, envolvendo o combate à pobreza, a geração de emprego e de renda e a segurança alimentar.

A partir dos eixos, foram construídas estratégias e definiram-se 11 “Áreas de Resultados”, que agregam os objetivos e as metas para a administração pública, bem como as principais ações a serem empreendidas:

- Educação de Qualidade: melhorar a qualidade dos Ensinos Fundamental e Médio e contribuir para o aprimoramento da pré-escola.
- Protagonismo Juvenil: aumentar o percentual de jovens que concluem o Ensino Médio e ampliar as suas oportunidades de inclusão produtiva.
- Vida Saudável: universalizar a oferta para a população SUS dependente e ampliar a qualidade dos serviços de APS, com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família; intensificar o processo de regionalização da atenção à saúde, para, progressivamente, adequar a oferta e a qualidade da atenção de média e alta complexidade às necessidades da população; consolidar o projeto “Viva Vida” para reduzir a mortalidade infantil, por meio do desenvolvimento da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, ao recém-nascido e à criança; promover a saúde, por meio da ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta e destinação final de lixo e utilização de águas residuais; promover o desenvolvimento físico e beneficiar a saúde por meio da prática de esportes.
- Investimento e Valor Agregado da Produção: ampliar o volume anual de investimentos produtivos - privados, públicos ou em parcerias - e qualificar a mão-de-obra em parceria com o setor privado.
- Inovação, Tecnologia e Qualidade: induzir agenda de inovação visando ao aprimoramento do que já se tem e o desenvolvimento do que ainda não existe, definida juntamente com os *stakeholders* relevantes, aí incluídos o setor produtivo, universidades e centros de pesquisa.
- Logística de Integração e Desenvolvimento: expandir o percentual da malha rodoviária estadual em boas condições de conservação, otimizando custos e resultados, concluir o Programa de Pavimentação de Ligações e Acessos

Rodoviários aos Municípios (ProAcesso) e construir, em conjunto com a União e demais estados, solução para a malha federal.

- Desenvolvimento do norte de Minas, Jequitinhonha, Mucuri e Rio Doce: aumentar o volume de investimentos privados nessas regiões por meio da atração de capitais produtivos e da melhoria da infraestrutura, da educação, da qualificação para o trabalho e das condições de saúde e saneamento.
- Redução da Pobreza e Inclusão Produtiva: minimizar o percentual de pobres em relação à população total, com medidas regionalmente integradas e com intensificação de parcerias nas áreas de educação, saúde, assistência social, habitação e saneamento.
- Qualidade Ambiental: aumentar o Índice de Qualidade da Água (IQA) do Rio das Velhas, consolidar a gestão das bacias hidrográficas, conservar o cerrado e recuperar a mata atlântica, ampliar o tratamento de resíduos sólidos e tornar mais ágil e efetivo o licenciamento ambiental.
- Defesa Social: reduzir, de forma sustentável, a violência no estado, com a integração definitiva das organizações policiais, enfatizando as ações de inteligência, a ampliação das medidas preventivas e a modernização do sistema prisional.
- Rede de Cidades e Serviços: ampliar o número de municípios com Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) adequado, provendo, sob a ótica de uma rede hierarquizada e interconectada entre as diversas áreas, serviços públicos e privados de qualidade.

O governo se comprometeu a oferecer, na administração pública, bases para o alcance dos objetivos e metas definidos em cada área de resultado, continuando com o chamado “Choque de gestão”, tendo duas prioridades: “Qualidade e Inovação da Gestão Pública” e “Qualidade Fiscal”.

Cada área de resultado está composta de projetos estruturadores, programas associados e programas especiais que, em conjunto, compõem a carteira de projetos e que funcionam de maneira integrada.

Os projetos estruturadores representam as escolhas estratégicas do governo, dos quais se esperam os maiores impactos da ação do governo estadual e onde os recursos estaduais são prioritariamente alocados.

Os programas associados são aqueles que colaboram com os programas estruturadores, para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos do PMDI. Já os programas especiais não aparecem no “Mapa Estratégico” das Áreas de Resultados, mas contemplam ações setoriais complementares àquelas dos projetos estruturadores e dos programas associados.

A carteira de projetos da área de resultado Vida Saudável contém os projetos estruturadores Rede Viva Vida (para redução da mortalidade infantil e materna), Saúde em Casa (para fortalecimento da APS) e Regionalização da Atenção à Saúde (para fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, com a implantação de redes, com seus componentes - sistemas logísticos e de apoio).

Além desses, definiu-se que a SES/MG participaria e se relacionaria com outros programas que não são da área de resultados Vida Saudável, mas que poderiam contribuir para o alcance dos objetivos da área, tais como: Minas Olímpica (visa à educação por meio do esporte, promover a cultura do esporte e da atividade física e oferecer ao cidadão a oportunidade de um estilo de vida mais saudável); Descomplicar (programa com objetivo de simplificar as relações entre o estado e as empresas, buscando construir um ambiente institucional adequado ao desenvolvimento dos negócios e investimentos privados) e Travessia (visa a promover a emancipação social e econômica das camadas mais pobres e vulneráveis da população por meio da articulação de ações integradas de base local).

Citando o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, o PMDI criou a área de resultado Vida Saudável, no qual a saúde é integrada a outros setores, especialmente o de saneamento.

A integração de políticas é importante do ponto de vista da promoção da saúde, já que a produção da saúde e da doença é multicausal, sendo ambas afetadas por decisões de áreas diversas dos governos.

A fragmentação das políticas é uma das causas da dificuldade dos sistemas de saúde para alcançarem melhores resultados, pois a maioria dos problemas de saúde tem parte de sua origem no ambiente; outra parte, no comportamento e em fatores ligados à biologia humana, tendo reduzida contribuição do próprio sistema de saúde.

Essa forma de gestão integrada está de acordo com o raciocínio de Mesquita (2010), que estudou a regionalização no estado do Espírito Santo e identificou a

necessidade de incluir a intersectorialidade nos modelos de regionalização, porque esta depende de vários setores, afirmando que as propostas não podem se limitar ao setor saúde, já que o território não pertence apenas a esse setor.

Minas ainda tem taxas de mortalidade infantil consideradas altas, como, por exemplo, na macrorregião nordeste, e convive com taxas de internação e mortalidade por doenças crônicas, típicas de sociedades em envelhecimento.

Esse quadro é decorrente, entre outras causas, da não universalidade do sistema de coleta de esgoto (em 2005, 26% dos domicílios não tinham acesso) e da falta de acesso ao sistema de saúde, além dos comportamentos pouco saudáveis, tais como o tabagismo e sedentarismo.

O enfrentamento desse quadro, de acordo com o PMDI, exige ações de prevenção e conscientização, além de apoio à recuperação dos doentes, e assume que esses esforços não estão devidamente disponíveis no estado.

Para a superação de tais desafios, houve a proposição dos objetivos estabelecidos para a área de resultado Vida Saudável e os esforços deverão gerar os seguintes resultados:

- Ampliar a cobertura da população considerada pelo PMDI como SUS dependente (75%), pela APS de 54,6%, em 2006, para 70 a 71% em 2011 e 75% em 2023 (considerados como universalização para a população-alvo);
- reduzir os anos potenciais de vida perdidos por morte ou incapacidade (sem metas);
- reduzir a taxa de mortalidade infantil dos 16,1 por mil nascidos vivos (em média) em 2005 para 12,5 a 13,2 em 2011 e para oito a 10, em 2023;
- reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial dos 33% em 2005 para 27 a 29% em 2011 e 16 a 21%, em 2023;
- ampliar o percentual de domicílios com acesso à rede coletora de esgoto de 74% em 2005 para 81 a 83% em 2011 e 98 a 100% em 2023.

Esse PMDI é o primeiro em que os resultados esperados foram registrados na forma de metas para a saúde e para as outras áreas, explicitando a opção metodológica e, portanto, política adotada pelos envolvidos na formulação do plano, pela administração orientada por resultados.

Há que se notar que a meta de cobertura da atenção primária proposta considera a população SUS-dependente, admitindo-se a segmentação da população



pelo sistema de saúde, não prevista nos instrumentos legais que criaram e normatizaram o SUS.

Em Mendes (2001b) encontra-se ampla defesa de um modelo de sistema universal não segmentado para obter equidade e eficiência.

O período analisado neste trabalho, 2002 a 2009, teve seus objetivos prioritários declarados no PMDI 2003-2020 e na sua revisão em 2007, com vigência, a princípio, até 2023. As propostas relativas à saúde que geraram os programas estudados serão pormenorizadas na próxima seção.

#### **5.4 Inserção das políticas de saúde na agenda do estado a partir do ano de 2003**

A participação do governo estadual nas políticas de saúde, conforme relatado na seção anterior, não é recente e variou em intensidade no tempo, de acordo com a inclinação do governo eleito ou indicado ou da conjuntura nacional da saúde.

Em relação ao compromisso com o financiamento, deve ser destacada a Lei nº 12.040, de 1995, ou Lei Robin Hood, elaborada e promulgada a partir de um diagnóstico pouco favorável para os municípios mais pobres e que apresentavam atividade econômica inexpressiva.

Essa lei indicava novos critérios para a distribuição da cota-parte do ICMS dos municípios, visando atender várias deficiências das regiões mais pobres e criar parceria entre estado e municípios, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população dessas regiões.

Para a saúde, especificamente, ela tem relevância, pois um dos critérios para que o município receba os recursos é que faça investimentos na atenção primária. Ao longo dos anos, houve revisão dos seus critérios, mas permanece a exigência legal de investir no PSF.

Assim, ao iniciar o governo em 2003, a gestão do estado já tinha algum nível de intervenção na política de saúde.

A maior parte do período analisado (2003 a 2009) neste trabalho esteve sob a vigência do PMDI 2003-2020, portanto, serão utilizadas para a avaliação da gestão

estadual, objeto deste estudo, as propostas deste e que foram inscritas no PPAG 2004-2007<sup>5</sup>.

No PMDI 2003-2020 constava como estratégia para o desenvolvimento sustentável um processo permanente de planejamento, tendo como meta a sustentabilidade da sociedade e dos governos.

O foco foi o desenvolvimento das regiões, respeitando-se a diversidade entre elas, mas buscando superar as disparidades desfavoráveis, com participação da sociedade civil na definição de programas e projetos estratégicos (MINAS GERAIS, 2003a).

A partir das propostas do PMDI, que foram norteadoras de todas as ações do governo estadual, incluindo o setor saúde, foram indicados 10 objetivos e 31 projetos estruturadores que integraram o programa Gestão Estratégica dos Recursos e Ações do Estado (GERAES). Os 10 objetivos prioritários apresentados naquele plano foram:

- Segurança pública (especialmente na região metropolitana de Belo Horizonte);
- infraestrutura, com ênfase na ampliação e recuperação da malha rodoviária e do saneamento básico;
- ampliar atendimento ao cidadão (oferta de serviços públicos de qualidade, especialmente educação, saúde e habitação);
- intensificar a gestão do meio ambiente, sendo vista como oportunidade para o desenvolvimento sustentável);
- geração de empregos, com iniciativas e incentivo a atividades que incluíssem jovens, mulheres e segmento populacional maduro no mercado de trabalho;
- desenvolvimento econômico, com ênfase no agronegócio, de forma regionalizada e com mecanismos inovadores sem comprometer as finanças do estado;
- reduzir desigualdades regionais, com prioridade na melhoria dos indicadores sociais da região Norte e dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri;
- novo modo de operar o estado (sanear finanças públicas; eficácia da máquina pública, efetivo Choque de Gestão);

---

<sup>5</sup> O PMDI é a base para o PPAG, a partir do qual se elaboram as LDO e a LOA, que são instrumentos do planejamento governamental.

- novas formas de financiar empreendimentos (com base em novo marco legal, orientado para parcerias público-privadas);
- consolidar a posição de liderança política de Minas no panorama nacional.

A partir desses objetivos, foi elaborado o PPAG, definindo os valores e fontes de recursos para os programas prioritários (os 31 projetos estruturadores que integraram o Programa GERAES).

O PPAG para o quadriênio 2004-2007 foi estabelecido pela Lei nº 15.033, de 20/01/2004, coordenado pela Secretaria de Planejamento e Gestão, tendo sido avaliado e revisado anualmente (MINAS GERAIS, 2004a).

Estabeleceu-se um Acordo de Resultados para assegurar o cumprimento de metas e autonomia de gestão nos órgãos públicos.

A partir do PPAG, construiu-se o Plano Plurianual de Saúde 2004-2007 (PPS), no qual constavam dois projetos estruturadores: Saúde em Casa e Regionalização da Assistência; e oito Programas Prioritários (associados): Viva Vida; Redes Assistenciais; Assistência Farmacêutica; Atenção à Saúde; Gestão de Recursos Humanos; Integração Serviço-Ensino; Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Vigilância Sanitária.

O governo do estado publicou o III PMDI em 2007, apresentando o planejamento para o período de 2007 a 2023. Este PMDI foi uma revisão do publicado em 2003, diante de resultados alcançados no quadriênio 2003-2007, considerados positivos pelo governo.

### **5.5 As propostas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período 2003-2009**

A partir do diagnóstico de saúde elaborado pelos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde, que foi utilizado para o PPAG, foram elaboradas as diretrizes materializadas no PPS para o alcance dos objetivos estratégicos definidos pelo PMDI.

Para lidar com as diversidades e desigualdades no estado, houve a revisão do PDR 2000-2003, elaborado como requisito para implementação da NOAS 2002/1 emitida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

O PDR 2003-2006 (revisão do PDR 2000-2003) introduziu algumas modificações: buscou-se divisão mais equitativa do estado em macrorregiões (eram sete, passaram a ser 13) e microrregiões de saúde. Foram definidas 13 macrorregiões e seus respectivos polos: sul, centro-sul, centro, Jequitinhonha, oeste, leste, sudeste, região norte de Minas, noroeste, leste do sul, nordeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte.

Diante do diagnóstico obtido e do modelo de gestão necessário para atender aos preceitos constitucionais para a saúde, o Plano Plurianual definiu as diretrizes, os programas e os projetos que teriam financiamento garantido por estarem inseridos no PMDI e no PPAG.

Para atender aos objetivos deste estudo, serão apresentados a estrutura e o modelo de gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e enumerados os projetos e programas adotados no período analisado neste estudo.

A gestão do SUS em Minas Gerais é realizada pela SES/MG e a direção política é dada pela SES/MG e pelo CES, de acordo com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

No SUS de Minas Gerais a articulação entre os gestores dos dois níveis de governo (estadual e municipal), para fazer frente à diversidade e ao tamanho do estado, sempre ocorreu por meio de dois colegiados de negociação, a CIB estadual (CIB-MG) e as CIB-R.

Participam da CIB-MG os representantes da SES/MG, do CES e do COSEMS. A CIB-MG operou, até 2004, com subcomissões regionais nas 27 regiões de saúde do estado (CIB-R). Após 2004, pelo novo modelo de gestão, criaram-se Comissões Bipartite por microrregiões (75) e macrorregiões de saúde (13).

A SES/MG se estruturava com um nível central que contava com cinco assessorias e três subsecretarias; 28 gerências regionais de saúde e três fundações vinculadas (Fundação Ezequiel Dias, Fundação Hospitalar de Minas Gerais e HEMOMINAS), conforme Decreto nº 45.058, de 10 de março de 2009, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2009).

Seu papel como gestor estadual do SUS envolve: promover condições e incentivar o poder municipal a assumir gestão da atenção; assumir transitoriamente gestão da atenção das populações de municípios não habilitados; promover a integração, harmonização e modernização dos sistemas municipais de saúde.

Tem como finalidade planejar, coordenar, executar e controlar atividades relativas à promoção, preservação e recuperação da saúde da população de Minas Gerais.

Em seu modelo de gestão, está prevista a regionalização da assistência à saúde, por meio da implantação das microrregiões e macrorregiões de saúde, devendo as microrregiões ser autossuficientes em atenção básica e média complexidade e as macrorregiões deveriam ofertar alta complexidade.

Após a revisão do PDR foi estabelecido que a microrregião devesse também ofertar os procedimentos de alta complexidade mais comuns e as macrorregiões deveriam ofertar, também, os procedimentos mais raros de média complexidade.

O PPS definiu as diretrizes para a gestão do SUS estadual: regionalizar serviços, de acordo com a demanda, proporcionando ganhos de escala e escopo (para isso construiu-se o desenho das redes no PDR e o Plano Diretor de Investimento - PDI - definiu onde investir recursos para atender esse desenho); enfatizar ações preventivas expandindo a Estratégia de Saúde da Família (PSF); ampliar a assistência farmacêutica, com ênfase nas doenças crônico-degenerativas; reduzir a mortalidade infantil e materna, organizando uma rede de atenção secundária para apoiar a atenção primária (Programa Viva Vida); implantar a coordenação e a regulação de serviços no espaço supramunicipal; reduzir a mortalidade infantil e materna com ações estratégicas; fortalecer e melhorar qualidade de hospitais SUS/MG; programa de educação permanente e capacitação profissional para funcionários do SUS e SES/MG; ações para conhecer, prevenir e enfrentar continuamente problemas selecionados e fatores e condições de risco; estudos diagnósticos e prospectivos para definir prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico; integrar fundações em gestão participativa e colegiada; estimular participação da sociedade civil por meio de conselhos e colegiados; estabelecer parcerias com entidades de classe para campanhas e ações educativas.

Foram estabelecidos dois projetos estruturadores de caráter estratégico, a Regionalização da Assistência à Saúde e o Saúde em Casa.

O programa Regionalização da Assistência à Saúde teve como objetivo adequar a oferta de serviços à demanda, por região assistencial, possibilitando o atendimento ao cidadão o mais próximo possível de seu município de residência.

O programa Saúde em Casa objetivou a ampliação da oferta e qualidade de serviços de atenção primária com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família.

Em consonância com os objetivos do PMDI, do PPAG e do PPS, foram criados, naquele momento, oito programas prioritários: Viva Vida; Redes Assistenciais; Assistência Farmacêutica; Atenção à Saúde; Gestão de Recursos Humanos; Integração Serviço-Ensino; Vigilância Epidemiológica e Ambiental; e Vigilância Sanitária.

Os recursos para financiamento foram definidos no PPAG e deveriam ser revistos e ajustados anualmente na LOA e viriam do Tesouro Estadual, taxa de expediente, recursos próprios, recursos e convênios e portarias e outros recursos vinculados.

Os programas inscritos no PPS que foram propostos para atender aos objetivos do PMDI e do PPAG serão brevemente descritos.

- Regionalização: é um projeto estruturador que tem por objetivo promover mais equidade na alocação de recursos, mais garantia no acesso da população, integralidade e resolubilidade da atenção à saúde com qualidade. Orienta-se pelo PDR, que é um instrumento de planejamento e gestão que objetiva direcionar a descentralização e promover o acesso dos usuários, tendo em vista os princípios da integralidade e equidade.
- Saúde em Casa: é também um projeto estruturador e tem como objetivo ampliar e fortalecer o PSF. O estado destina R\$ 61 milhões/ano aos municípios onde as equipes do PSF atuam. Os recursos podem ser aplicados na qualificação de pessoal, obras em postos de saúde, compra de equipamentos médicos e de material de consumo. Tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção de doenças. As principais metas são a redução do número de internações hospitalares, a redução da mortalidade materna e infantil e a cobertura vacinal de 95% da população infantil.
- Assistência Farmacêutica: operacionalizado como programa “Farmácia de Minas”, consiste na definição de um modelo de assistência farmacêutica no SUS, no qual a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população adscrita. É dividido em três componentes: a) medicamentos para APS; b) medicamentos de alto custo; c) medicamentos estratégicos. A Rede Farmácia de Minas é um

programa que visa a garantir o acesso a medicamentos para a atenção primária por meio da estruturação da Rede Estadual de Assistência Farmacêutica no SUS.

- Viva Vida: objetiva a redução da mortalidade infantil e materna em Minas Gerais; foi lançado em outubro de 2003, sistematizou as ações e busca a integração entre governo e sociedade civil organizada como principal instrumento no combate às mortalidades infantil e materna. Tendo continuidade no quadriênio 2007-2010, o Programa Viva Vida desvinculou-se do projeto “Regionalização da Assistência à Saúde”, assumindo a condição de projeto estruturador e teve suas metas revistas para reduzir 15% da taxa de mortalidade infantil e a razão de morte materna. Para alcançar as metas propostas, estruturou-se a “Rede Viva Vida”, que se organiza de forma poliárquica e comporta sistemas transversais de apoio, logística e gestão. Essa rede de atenção foi criada e está sendo implantada com o objetivo de promover a integração, a organização e a eficiência dos pontos de atenção à saúde, para potencializar os esforços pela redução da mortalidade infantil e materna.
- Hiperdia: este projeto objetiva articular e integrar ações nas diversas comunidades do estado, nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade pela hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e suas complicações, priorizando ações de promoção de saúde, prevenção e diagnóstico precoce, e busca ofertar atenção de qualidade para os portadores dessas doenças, de acordo com as recomendações mundiais.
- Pro-Hosp: é um programa do governo estadual que transforma a relação convencional em relação contratual entre o estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que prestam serviços pelo SUS. Seus objetivos incluem: possibilitar à população atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade o mais próximo possível de sua residência, segundo a lógica dos níveis de complexidade (média ou alta), e melhorar a eficiência dos hospitais, consolidando a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais.
- Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS): objetiva integrar os municípios das microrregiões do estado. A proposta é assegurar a garantia do

acesso aos serviços de saúde, por meio de transporte eficiente e humanizado dos pacientes. Sendo o objetivo ter serviços estruturados numa rede descentralizada, regionalizada e integrada, de acordo com as necessidades de cada região, o SETS serviria de instrumento para consolidar esta política e garantir a eficiência dos programas prioritários.

## **5.6 A regionalização da saúde em Minas Gerais**

Para cumprir o primeiro objetivo específico deste trabalho, que foi descrever o processo de regionalização da saúde, foram consultados documentos do governo do estado de Minas Gerais que compõem alguns dos instrumentos de planejamento governamental, quais sejam, o PMDI 2000-2003, o Plano de Ação Governamental 2004-2007, o Plano Plurianual de Saúde 2004-2007 e o Plano Estadual de Saúde 2004-2007, além de documentos referentes à regionalização.

O estado de Minas Gerais, pela sua dimensão territorial e diversidade, tem o planejamento regional como uma diretriz da Constituição Estadual de 1989.

A institucionalização dessa diretriz foi o reconhecimento do que tem sido a preocupação da sociedade e de governantes mineiros há mais de um século. O tema das diferenças entre as regiões foi abordado em todos os planos governamentais mineiros desde o final do século XIX até o século XXI (MINAS GERAIS, 2007).

Em relação ao setor saúde, a proposta de instituir centros regionais de saúde com jurisdições ou áreas sob sua responsabilidade inicia-se na década de 1970.

Assim, quando as diretrizes nacionais estabelecidas pelas NOAS no início dos anos 2000 chegaram a Minas, encontraram um processo de regionalização já amadurecido.

A regionalização desenhada estava sendo utilizada pela Secretaria de Estado de Saúde como base para o planejamento da assistência, inclusive com um PDR construído desde o ano 2000 para atender às propostas do PMDI 2000-2003.



### 5.6.1 O Plano Diretor de Regionalização 2001-2002

Em conformidade com a NOAS 01/2001, a SES/MG construiu seu primeiro PDR de saúde do estado de MG (PDR 2001-2002) durante os anos de 2001 e 2002.

Sua proposição inicial, anterior à NOAS de 2001, surgiu como proposta para correção e implementação do modelo de assistência vigente e foi coerente com as diretrizes de organização e regionalização estabelecidas no PMDI 2000-2003 e com “Modelo de Organização dos Serviços Assistenciais segundo Níveis Crescentes de Complexidade Tecnológica”, aprovado pela CIB/MG em 14/11/00, que objetivava orientar a estruturação de redes assistenciais e os investimentos necessários.

Constituiu-se, então, um grupo de nível central para coordenação e condução do treinamento dos agentes multiplicadores. Sua elaboração baseou-se na política estabelecida, por meio das Câmaras Técnicas Regionais, constituídas por representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, de Secretários Municipais de Saúde da região e das Diretorias Regionais de Saúde.

A construção do PDR 2001-2002 se deu em dois momentos, sendo o primeiro de proposição e o segundo para ajustes.

Como resultado da primeira etapa, em sua conformação final o estado de Minas Gerais foi dividido em sete macrorregiões, 21 regiões assistenciais, 95 microrregiões e 265 módulos assistenciais (MINAS GERAIS, 2002).

Na oportunidade de reorganização que o PDR proporcionou, houve modificações nas áreas de jurisdição das Diretorias Regionais de Saúde, que eram, à época, as responsáveis pela condução do processo em todo o estado. Isso significava rearranjar o território com suas referências e interesses já estabelecidos.

Quanto às macrorregiões, destacava-se na regionalização proposta no primeiro PDR a concentração de municípios na macrorregião de Belo Horizonte, com 323 municípios ou 37,8% do total de municípios e aproximadamente 48% da população do estado.

Essa conformação refletia, segundo o documento, as deficiências da estrutura assistencial dos municípios do Vale do Jequitinhonha, que integrou essa macrorregião.

Apresentou-se no PDR a necessidade de investimentos por macrorregião, explicitando que havia número significativo de municípios em praticamente todas as

macrorregiões que necessitavam de investimentos para executarem procedimentos previstos nos critérios da NOAS. Por exemplo, o PDR citava que, na média complexidade I, elenco EPM1, havia 212 municípios, de um total de 266, que não teriam capacidade de oferta.

Havia, ainda, elevado número de municípios sem condições de assumir integralmente os procedimentos básicos - PABA (448 municípios de um total de 588 ou 76,2% do total).

Com base no PDR construiu-se o Plano Diretor de Investimentos (PDI); os dados sobre a deficiência dos municípios reforçavam a importância de sua implantação como condição necessária para a implantação efetiva do PDR.

A segunda etapa foi de reformulação para o PDR 2003/2004. A proposta de reformulação teve como objetivo principal avançar na organização das redes de assistências e fortalecer e consolidar a regionalização para alcançar a desconcentração do atendimento no polo estadual, Belo Horizonte.

Buscou-se, então, alterar algumas regiões, principalmente Unaí, Diamantina, Almenara, Araçuaí, Januária e Pirapora, com dependência de investimentos, já que eram consideradas com estrutura insuficiente para efetivar a regionalização. Previasse o posterior redirecionamento dos fluxos assistenciais após a implementação da primeira etapa do PDR e da operacionalização da Programação Pactuada Integrada (PPI) Assistencial.

A leitura do PDR 2001-2002 oferece com clareza a visão do tamanho da desigualdade no acesso a serviços de saúde no estado, no início dos anos 2000, apesar dos sucessivos planos de desenvolvimento produzidos por todos os governos desde a década de 1960.

Um novo enfrentamento desse desafio iniciou-se no ano de 2003, a partir da posse do governo eleito em 2002, e que será tratado a seguir.

#### 5.6.2 O projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”

O PPAG 2004-2007 apresentou o projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”, que teve por objetivo a adequação da oferta de serviço à demanda de saúde da população, por região assistencial, possibilitando o atendimento ao cidadão o mais próximo de seu município de residência.

Nesse PPAG foram definidas como ações para o projeto estruturador: a criação da Câmara de Compensação Bipartite da PPI; a criação da Rede de Urgência e Emergência; a implantação de UTIs para adultos em hospitais da rede SUS; a implantação de UTI neonatal em hospitais da rede SUS; a Rede de Assistência Perinatal; o PDI; o Pro-Hosp; a Rede Estadual de Regulação em Saúde e o fortalecimento da saúde em pequenos municípios.

Esperavam-se, como benefícios, a melhoria da qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde e mais acesso, o mais próximo possível do cidadão; mais capilaridade gestora do estado junto aos municípios; e ganhos de economia de escala e escopo na prestação de serviços (MINAS GERAIS, 2004a).

Observa-se, no PPAG, inequívoca decisão da gestão estadual de mudar a relação com os municípios, visando alterar a situação de fragmentação do sistema em que se encontrava o estado, detectado pelo diagnóstico realizado pelos técnicos.

Essa fragmentação se evidenciava nas reuniões da CIB/MG, em que a disputa por recursos para municípios-polo dificilmente terminava em acordos satisfatórios entre gestores de grandes e pequenos municípios.

O texto do Plano Plurianual de Saúde 2004-2007 repete a descrição do objetivo do projeto “Regionalização” contida no PPAG 2004-2007 (MINAS GERAIS, 2003b).

No Acordo de Resultados de setembro de 2005, além dos objetivos definidos no PPAG e no PPS, foram acrescentadas a busca pelo aumento da eficiência do sistema e a instalação das CIBs macro e microrregionais. As CIBs foram consideradas como viabilizadoras do processo, com o objetivo de descentralização da discussão, negociação e pactuação das questões referentes à média e à alta complexidade, respectivamente (MINAS GERAIS, 2005b).

O percentual de CIBs microrregionais implantadas foi o indicador utilizado no Acordo de Resultados para medir a implementação do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”. A meta era a instalação de 100% das CIBs até 2005, o que corresponderia a 75 CIBs microrregionais (MINAS GERAIS, 2006).

Pode-se concluir que houve, além da coerência obrigatória entre os instrumentos de planejamento e gestão, o envolvimento de todos os setores do governo com uma política do SUS, a regionalização da assistência, apoiada com garantia de recursos no PPAG, o que caracterizou a integração das políticas.

Outra conclusão a ser pontuada é o entendimento, pelo nível estadual, de que a regionalização da assistência somente poderia ocorrer a partir de negociações e pactos entre gestores municipais e o estado. Isso com este assumindo a responsabilidade pela condução do processo, utilizando as instâncias de comunicação e cooperação intergovernamentais, numa tentativa de superação dos entraves impostos pela autonomia municipal, dada pela forma do federalismo brasileiro.

Registre-se, ainda, que o Secretário de Estado de Saúde realizou intenso movimento de convencimento dos municípios para aderirem à proposta de se integrarem em sistemas microrregionais de saúde, dialogando com todos os prefeitos envolvidos<sup>6</sup>.

A proposta era explicitada e negociada de forma que o prefeito era convidado a participar de processo em que haveria ganho para seu município, mas também para a região, e a cooperação geraria recursos, fossem equipamentos públicos com custeio ou investimentos e custeio para os já existentes.

Realizados os acordos, iniciava-se a execução e, em seguida, o monitoramento, com base em metas estabelecidas no acordo.

Para isso, construíram-se manuais, protocolos, planilhas de monitoramento e termos de contratualização. Se fossem cumpridos os acordos e/ou as metas, concretizavam-se os repasses de recursos a municípios. Caso não fossem cumpridos, não haveria transferência de recursos.

A mesma lógica foi utilizada para instituições, como os hospitais participantes do programa Pro-Hosp.

No SUS do estado de Minas Gerais, no período estudado, pode-se afirmar que se atribuiu muita importância às relações entre estado e municípios e entre municípios, o que se estabeleceu como condição necessária para implementar a política de regionalização.

Nesse período, o governo estadual buscou a cooperação dos municípios para implantar seu projeto político na saúde por vários meios, como, por exemplo, utilizando o instrumento de indução por subvenções condicionais, adotando o mecanismo “cenoura e chicote” (*carrots and sticks*), nos programas Viva Vida, Pro-Hosp, entre outros.

---

<sup>6</sup> Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva. Entrevista na fase exploratória da pesquisa. Juiz de Fora, 22 de agosto de 2010.

Aos municípios também interessava aderir aos programas estaduais, pois estes foram desenhados para enfrentar, justamente, problemas antigos e difíceis que sempre apareceram como prioridade nos planos de saúde, mas nunca tiveram resposta efetiva. Ou seja, a SES/MG foi ao encontro dos anseios de prefeitos, há muito desejosos de atacar os problemas cujas propostas de solução foram trazidas pelo governo estadual, em propostas consistentes para serem pactuadas junto aos municípios.

É relevante notar que as negociações com os municípios não envolveram apenas questões relacionadas à saúde.

Houve um conjunto de iniciativas do governo estadual em várias áreas, que compunham um espectro de benefícios para os prefeitos (fala-se em prefeitos, pois está se tratando de relações intergovernamentais, porém, subentende-se que os benefícios eram para os munícipes), sendo a maioria para atender problemas comuns a uma região (estradas, pontes, energia, hospitais, transporte de pacientes, entre outros). Essa estratégia intencionava promover também a cooperação horizontal entre municípios.

Ao longo da gestão, foram se organizando consórcios intermunicipais para várias finalidades, que resultaram de cooperação horizontal (MINAS GERAIS, 2011).

Alguns resultados desse movimento, em relação à saúde, serão mostrados na análise da pesquisa empírica realizada para este trabalho.

Da análise desse processo, concluiu-se que, mesmo diante do alto grau de autonomia conferida pela forma federativa do Estado brasileiro aos municípios, que podem decidir contra ou a favor das políticas do nível estadual ou federal, há espaço de negociação e cooperação entre o ente estadual e o município, desde que a negociação envolva ganhos para ambos.

Aos prefeitos, representantes dos municípios, é preciso lhes garantir que não haverá perdas para seus munícipes ao colaborarem com os outros municípios.

Essa garantia é conferida pela credibilidade do ente estadual e pelos recursos aportados.

Pela aprovação do eleitorado ao governo de Minas Gerais, por ocasião da candidatura do governador à reeleição, em 2006, pode-se inferir que a autoridade do governo estadual e os recursos estaduais, em Minas Gerais, garantiram o pacto de cooperação entre municípios e entre eles e o estado.

Quando questionado sobre o tema da autonomia municipal e se ela dificultava o processo de regionalização, o ex-Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais mostrou surpresa e afirmou que não era necessário alterar a autonomia municipal na federação brasileira, pois a cooperação era possível (comunicação verbal)<sup>7</sup>.

Conclui-se que, naquela conjuntura política, no período analisado, a forma do Estado federal brasileiro não impediu a cooperação.

Diante do diagnóstico inicial da situação da atenção à saúde no estado e do trabalho já realizado pelos técnicos da SES/MG em conjunto com o COSEMS e CES, materializado no PDR 2001-2002, e para promover a implementação do projeto estruturador “Regionalização” de acordo com o plano do governo iniciado em 2003<sup>8</sup>, o Secretário de Estado de Saúde publicou a Resolução nº 048 de 14 de março de 2003, criando o Grupo-Tarefa da Regionalização da Atenção à Saúde (GT/Regionalização).

Nesse período, foram publicadas as Resoluções que instituíram os programas associados Viva Vida e Pro-Hosp, definiram suas diretrizes e/ou estabeleceram grupos de trabalho para produzir propostas e planos de ação para os respectivos programas (MINAS GERAIS, 2003c; 2003d; 2003e).

Depois da aprovação dos planos de ação, as áreas responsáveis iniciaram a implementação dos mesmos no território do estado, sob o monitoramento da Assessoria de Gestão Estratégica da SES/MG.

O GT/Regionalização foi composto de uma assessoria técnica do gabinete e por representantes (servidores técnicos, em sua maioria) das Subsecretarias de Atenção à Saúde, Assessoria de Gestão Estratégica, Subsecretaria de Políticas de Ações de Saúde, Superintendência de Regulação, Superintendência de Epidemiologia e o diretor da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Foram definidas como competências do GT/Regionalização: alinhamento dos conceitos de regionalização da atenção à saúde e de redes assistenciais; proposição da revisão do PDR; proposição da adequação do Plano Diretor de Investimento às prioridades do Plano do Governo; desenvolvimento do sistema de centrais de regulação; desenvolvimento do sistema de transporte sanitário; desenvolvimento de uma tipologia de hospitais do SUS em Minas Gerais;

---

<sup>7</sup> Entrevista concedida pelo Secretário de Estado de Saúde Marcus Pestana à pesquisadora em 22/08/2010.

<sup>8</sup> Os objetivos e a forma de gestão desse governo foram abordados neste trabalho na seção 3 deste capítulo, que discorre sobre o planejamento governamental em Minas Gerais.

desenvolvimentos de estratégias de implantação dos sistemas microrregionais de saúde.

Para alcançar o objetivo da redução das diferenças entre as regiões, a SES/MG utilizou uma metodologia de alocação de recursos estaduais que priorizava as regiões mais empobrecidas do estado, desenvolvida por técnicos e pesquisadores da FJP e da Universidade Federal de Minas Gerais, com base em critérios de necessidade (MINAS GERAIS, 2004b).

Os pesquisadores partiram da constatação de que os recursos federais favoreciam as localidades mais desenvolvidas, como foi mostrado por Dain (2000) e depois corroborado por Lima (2006), em razão dos critérios adotados para sua alocação, contribuindo para ampliar as desigualdades na alocação e no acesso aos recursos entre as regiões do país.

O método proposto consistiu na correção da distribuição *per capita* dos recursos, considerando as diferenças na necessidade de cuidados com a saúde utilizando um Índice de Necessidade em Saúde (INS).

Ao corrigir a distribuição com base no INS, os pesquisadores constataram que o padrão da distribuição se alterava a favor de municípios, em sua maioria, pertencentes às regiões mais pobres do estado.

O índice foi construído a partir das experiências internacionais e nacionais e incorporou variáveis demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, cuja escolha obedeceu aos critérios citados a seguir: carga elevada (presença) na maior parte dos 12 índices de necessidade estimados anteriormente; prioridade a variáveis com disponibilidade nos bancos de dados existentes, facilmente mensuráveis, de preferência por órgãos oficiais e com periodicidade curta; exclusão de variáveis vulneráveis à manipulação por parte dos gestores; sensibilidade às políticas; representatividade das condições de saúde (epidemiológicas e socioeconômicas); possibilidade de análise por município (MINAS GERAIS, 2004b).

A partir do trabalho do grupo GT/Regionalização, foram sendo criados instrumentos para a continuidade do processo de regionalização, porém adequados aos objetivos do novo governo, sendo o norteador o PDR revisado, que será apresentado a seguir.

### 5.6.3 O Plano Diretor de Regionalização 2003-2006

Este segundo PDR foi construído a partir do anterior, adequando-o aos objetivos do novo governo do estado, que se iniciou em 2003.

O PDR 2003-2006 foi elaborado pelo Centro de Planejamento/Assessoria de Gestão Estratégica, coordenado por um grupo-tarefa constituído por Resolução do Secretário (Resolução/SES nº 0048, de 14/03/2003), tendo sido discutido com os Diretores Regionais da SES/MG, com os membros do COSEMS e aprovado pela CIB/MG em 16/10/2003 (MINAS GERAIS, 2003f).

Foram adotados, como no PDR anterior, critérios técnicos e estratégias de comunicação e negociação entre gestores e demais atores do SUS.

Os critérios adotados foram baseados na literatura técnica internacional, em estudos e pesquisas da realidade do SUS de Minas Gerais e estavam compatíveis com os objetivos do governo iniciado em 2003, que era a organização racional e eficaz das redes assistenciais, a qualidade e efetividade das ações de saúde e a descentralização gerencial.

Relembre-se que esses objetivos se enquadram no modelo da Nova Gestão Pública, apresentado na seção 3 deste capítulo.

O objetivo geral do PDR foi instrumentalizar os processos de planejamento e gestão da atenção à saúde, tendo, de acordo com os princípios do SUS e as estratégias, princípios e diretrizes do Plano de Governo 2003-2006, entre os quais a estruturação da atenção à saúde e a descentralização gerencial.

Apareceram também como objetivos a promoção de mais equidade na alocação de recursos, mais garantia de acesso aos serviços pela população, a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde.

Traçaram-se cinco estratégias que se articulavam ao Plano Estadual de Saúde, sendo a primeira a regionalização e organização da prestação de serviços de saúde.

A segunda seria o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS a partir da instância microrregional. Para isso, propôs-se a criação das CIBs micro e macrorregionais, como instâncias intergestoras bipartites, substituindo as CIBs regionais, que se organizavam em função das jurisdições administrativas das Diretorias Regionais de Saúde, que passaram a ser denominadas Diretorias de



Ações Descentralizadas de Saúde. A extensão da implantação das CIBs microrregionais seria o indicador utilizado pelo Acordo de Resultados para medir a implementação do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”.

A terceira estratégia era a ampliação da atenção básica e do PSF.

E a quarta estratégia a reorientação das redes assistenciais com base em protocolos.

A quinta estratégia era de caráter gerencial, porém com grande densidade política, pois iria desacomodar muitos padrões de comportamento e de gestão instalados ao longo de muitos anos na SES/MG: realização de oficinas para estabelecimento de consensos e alinhamento de conceitos sobre o modelo de gestão e da rede pretendida, como estratégia para implantação do novo PDR.

Como princípios e diretrizes do PDR, aparecem alguns novos conceitos para a SES/MG e para a gestão em saúde dos municípios mineiros, em geral, até então: economia de escala, economia de escopo, qualidade da atenção e acesso.

As diretrizes articuladas ao Plano Estadual de Saúde eram aquelas já descritas nos planos anteriores, com exceção da orientação do desenho das redes com base em protocolos específicos, a serem elaborados por equipes da SES/MG.

Os estudos existentes foram aproveitados e incrementados, como, por exemplo, a “Tipologia Assistencial” produzida pelo Centro de Planejamento, que seria incorporada ao PDR e deveria direcionar seu desenho, os PDIs e a PPI.

Propôs-se também a criação e instalação gradual de Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde que fossem compatíveis com o desenho das microrregiões e não com as jurisdições administrativas tradicionais.

Houve mudança na concepção de conformação do desenho da regionalização e, portanto, no futuro desenho da distribuição espacial dos serviços.

Destacam-se duas das diretrizes que receberam alterações mais significativas:

- A referência para o desenho anterior considerava o município; no novo PDR, a referência seriam unidades hospitalares nos municípios-polo micro e macrorregional e não apenas o município; o espaço regional passou a ser a base do planejamento e não municípios isolados;
- a PPI :
  - a) Estabelecia o teto financeiro municipal por procedimento e financiava a oferta de serviços municipais. No novo PDR, a PPI, além de estabelecer o

teto financeiro municipal por procedimento e financiar a oferta de serviços municipais, passou a ser utilizada para identificar e financiar unidades de referência hospitalar por nível tecnológico e regional assistencial e realizar controle e regulação microrregional, com base em contratos de serviços por unidades de referência micro e macrorregional;

- b) anteriormente, priorizava a qualificação de microrregiões, o que exigia a habilitação de todos os municípios em Gestão Plena da atenção básica ampliada, o que fazia com que microrregiões com reduzido número de municípios tivessem mais probabilidade de qualificação. No novo PDR a PPI passou a se basear na escala, no escopo e no acesso, pressupondo microrregiões de maior densidade populacional.

Definiram-se os fundamentos, orientações, conceitos e modelos para a regionalização a partir de 2003.

A regionalização deveria ocorrer com base na integração entre os vários sistemas municipais e entre níveis de complexidade tecnológica, cabendo ao gestor estadual o papel de coordenador, regulador e mediador dessa integração.

Seriam definidos espaços regionais apenas dentro dos limites territoriais do estado, embora ocorressem fluxos assistenciais entre as unidades federadas (os fluxos deveriam ser objeto de estudo no desenho das redes para serem implementados na PPI)

O conceito de região adotado pela SES/MG foi:

Um espaço ou área geográfica definida por um conjunto de municípios circunvizinhos, normalmente ligados a um município, cujos equipamentos urbanos e de saúde exercem força de atração (polo) e têm capacidade de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por determinados serviços, em geral, organizados dentro de um perfil de serviços que requer maior e mais diferenciada tecnologia. O espaço geográfico, contínuo, deverá também, mas não é o que determina, contar com certa identidade socioeconômica e cultural e, melhor e mais decisivamente, com histórico de relação administrativa ou regularidade funcional no que diz respeito aos fluxos intermunicipais da população que demanda serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2004c).

Recomendou-se que os limites geográficos do espaço microrregional deveriam observar distâncias compatíveis com a demanda, ou seja, com os riscos ou danos que tais distâncias impõem, que são, normalmente, identificados como de média complexidade, com tecnologia passível de ser ofertada em unidades de porte médio. As distâncias, especialmente em relação ao município-polo de referência microrregional, deveriam obedecer a critérios específicos.

Foram adotados os conceitos de escala e de escopo para aumento da eficiência. Em unidades de referência, normalmente localizada em um município-polo, em nível de tecnologia micro ou macrorregional, deveriam ser agregados equipamentos que tivessem função complementar e que atendessem a demandas de diversas especialidades clínicas.

O modelo de regionalização pressupõe o nível ou o espaço municipal como sendo o responsável por atender à demanda de serviços básicos de atenção; o nível ou espaço microrregional agregando tecnologias de média complexidade, que exigem escala intermediária para garantir custo-benefício e qualidade; o nível ou espaço macrorregional que agrega procedimentos de menor demanda e/ou que requer alta complexidade tecnológica ou alto grau de especialização, exigindo, por isso, agregação de escala ainda maior do que o nível microrregional, para garantir qualidade e viabilização financeira.

Para além da economia de escala, considerou-se, também, a distância de determinada população ao serviço; as necessidades de populações mais isoladas prevaleceriam sobre a busca da eficiência.

Assim, o PDR optou pela adequação do desenho de regionalização com base na demanda, nos espaços e nos fluxos, aferidos pela própria SES. Ao conjunto de perfis de procedimentos a serem ofertados, pela necessidade, denominou-se “tipologia” ou “modelo de atenção à saúde segundo níveis de complexidade tecnológica crescente”.

Na regionalização no estado foram, então, caracterizados:

- O município como base territorial de planejamento da atenção básica e PSF;
- a microrregião de saúde como base territorial de planejamento da atenção básica e da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de alta complexidade (por exemplo, a terapia renal substitutiva); com população em torno de 150.000 habitantes; deve conter mais de um município e apresentar pelo menos um (município-polo) com oferta mais ampla do proposto para o nível microrregional;
- o polo microrregional: município que pelo seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta, acessibilidade e situação geográfica polariza os municípios da microrregião. Deveria apresentar nível tecnológico de

complexidade da lista de procedimentos de média complexidade (70% pelo menos) e cobertura para maioria dos municípios circunvizinhos;

- a macrorregião: base territorial de planejamento da atenção terciária que engloba microrregiões de saúde, em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços ambulatoriais e hospitalares de melhor tecnologia (alta complexidade nos termos da tabela de procedimentos do Ministério da Saúde; deveria também ter capacidade de oferta de procedimentos de “média complexidade 3”, de melhor tecnologia e oferta mais escassa no estado, requerendo agregação de demanda para formar escala, devendo a abrangência ser para populações em torno de 1 milhão de habitantes);
- polo macrorregional: município da macrorregião que oferece os serviços de saúde de mais densidade tecnológica e polariza microrregiões de saúde circunvizinhas; oferece nível tecnológico de alta complexidade e nível do EPM3, tendo abrangência macrorregional.

Nesse modelo, aceitou-se a existência de mais de um polo na região, se eles tivessem funções complementares.

Pelos critérios estabelecidos para o desenho das regiões, de forma a garantir a atenção com a qualidade requerida, definiu-se que:

- Para ganho de escala, a microrregião deveria ter no mínimo 150.000 habitantes; microrregiões circunvizinhas do primeiro PDR com população abaixo de 150.000 habitantes deveriam ser agregadas;
- para mais acessibilidade e proximidade da população aos serviços, quando a distância e condições viárias fossem deficientes, optou-se por manter a micro com baixa escala e viabilizá-la com investimentos para adequá-la ao nível exigido;
- para acessibilidade geográfica e viária, a distância até o polo da microrregião deveria ter, no máximo, 150 quilômetros em estrada de asfalto ou, no máximo, duas horas em condições viárias deficientes;
- embora a contiguidade geográfica seja pré-requisito de uma regionalização, necessitou-se abrir exceções no estado de Minas Gerais, devidas ao sistema viário, proximidade e fluxo; a PPI deveria acompanhar o fluxo de pacientes;

- deveriam ser revisados os estudos sobre: fluxo de internações por nível tecnológico; aspectos socioculturais; acessibilidade a leitos de UTI; acessibilidade à terapia renal substitutiva;
- o desenho da “tipologia assistencial” preparada para o primeiro PDR deveria ser revisto;
- dever-se-ia redesenhar a adscrição de municípios nas microrregiões, com base no fluxo de internações;
- polos micro e macrorregionais deveriam ser identificados conforme a disponibilidade dos serviços descritos na “tipologia” ou “modelo assistencial” e seu grau de polarização sobre municípios circunvizinhos e de outras microrregiões;
- deveria ser elaborado um diagnóstico assistencial por microrregião, descrevendo o perfil da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, densidade populacional, distâncias, condições viárias, leitos por 1.000 habitantes, número de hospitais, leitos de UTI parâmetros de cobertura hospitalar da população própria e referida nos municípios-polo e na microrregião.

Após a realização dos ajustes, as sete macrorregiões e as 21 regiões assistenciais existentes no PDR 2000/2002 tiveram suas funções e papéis redefinidos, tendo sido transformadas em 13 macrorregiões; as 95 microrregiões passaram a ser em número de 75 e, com a revisão posterior, 76.

A conformação das macrorregiões, de acordo com o PDR 2003-2006, pode ser observada na FIG. 1.

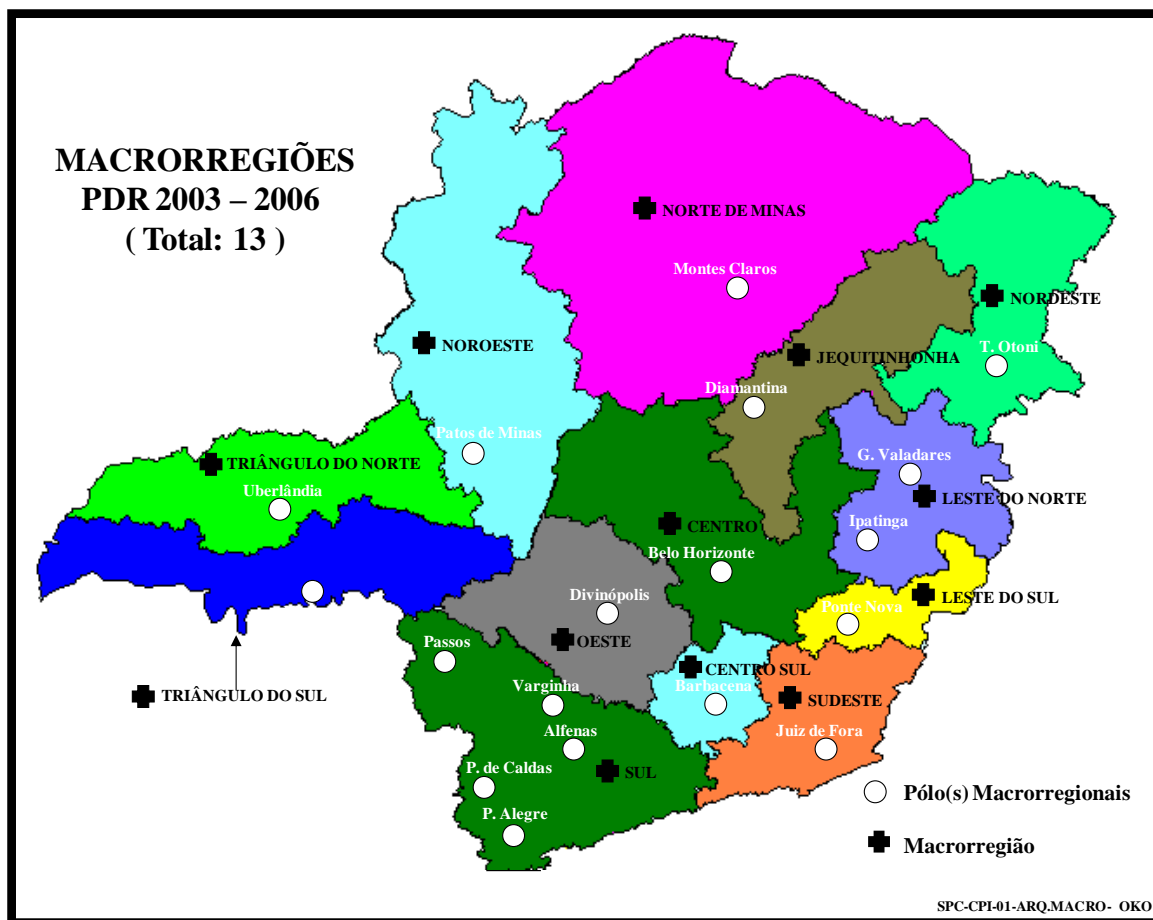


Figura 1 - Macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2003-2006.

Fonte: SES/MG. Disponível em: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br).

Ainda foi revisada e constou do PDR 2003-2006 a tipologia ambulatorial e hospitalar por nível de atenção, sendo o nível secundário de atenção à saúde correspondente ao nível ou atenção microrregional e o nível terciário correspondente ao nível ou atenção macrorregional.

Por ser instrumento de planejamento e gestão, o PDR recebe revisões de acordo com as mudanças de fluxo, por implantação ou desativação de serviços, devendo comportar a dinâmica da população no território.

Assim, o PDR 2003-2006 recebeu revisões em 2005 e 2009, sendo a de 2009 aprovada pela CIB/MG em 09 de dezembro de 2009, tendo outra revisão prevista para fevereiro de 2011.

A FIG. 2 apresenta a divisão do território estadual em microrregiões e seus municípios-polo, conforme o PDR 2003-2006.



Figura 2 - Microrregiões de saúde de Minas Gerais, 2003-2006.

Fonte: SES/MG. Disponível em: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

A partir desse desenho regional, foram desenvolvidos os programas Viva Vida e Pro-Hosp, bem como todos os demais programas associados, para atender aos objetivos da regionalização, inclusive o de integração dos sistemas microrregionais.

Um dos programas associados ao projeto estruturador “Regionalização” foi o Pro-Hosp, considerado fundamental para alcançar os objetivos da regionalização em relação à atenção hospitalar, que era possibilitar ao cidadão o cuidado de qualidade, no momento certo, o mais próximo possível de sua residência. Esse era um dos maiores desafios para os gestores do SUS, à época. O programa será apresentado na próxima seção.

#### 5.6.4 O Pro-Hosp

Diagnóstico da rede hospitalar de Minas Gerais identificou que o estado contava com 614 hospitais, com baixa taxa de ocupação, com 60 leitos, em média, para 18 milhões de habitantes, situação de ineficiência quando comparado a outros países como, por exemplo, o Reino Unido, em que 80% dos hospitais possuíam mais de 300 leitos.

Convivendo com a fragmentação da rede, decorrente tanto do número excessivo de hospitais quanto da concentração da assistência de qualidade e resolutividade em algumas regiões, havia a crise financeira e as dificuldades de gestão dos hospitais (LIMA, 2009).

Assim, foi instituído o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (Pro-Hosp) pela Resolução SES/MG nº 082 de 16/05/2003, integrando a política de regionalização, uma das prioridades da gestão estadual (MINAS GERAIS, 2003g).

O resultado esperado pelo programa era consolidar a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais de Minas Gerais, contribuindo para o estabelecimento de um parque hospitalar público no estado, socialmente necessário.

O programa foi estruturado para obter do conjunto de hospitais eficiência, qualidade no atendimento das necessidades, preenchimento dos vazios assistenciais diagnosticado no PDR e inserção nas redes de atenção a serem organizadas.

As estratégias do Pro-Hosp foram traçadas para que ele atendesse aos requisitos da regionalização.

Em relação à assistência, o hospital deveria se integrar e respeitar a modelagem do sistema de saúde, que deveria integrar os três níveis territoriais: o municipal, autossuficiente em atenção básica; o microrregional, com autossuficiência em média complexidade; e o macrorregional, com autossuficiência em atenção de alta complexidade.

Do ponto de vista econômico, a estratégia da SES/MG foi oferecer incentivo financeiro aos hospitais, com base em um fator de alocação utilizado como estratégia de redistribuição dos recursos no território.



As regiões Jequitinhonha, Nordeste, Noroeste e Norte de Minas receberam R\$ 4,10 *per capita* e as mais desenvolvidas, R\$ 3,00, para minimizar as disparidades regionais no acesso à atenção hospitalar (LIMA, 2009).

Como inovação gerencial, adotou-se a lógica contratual, com assinatura de termo de compromissos recíprocos. Até então os hospitais eram pagos com base em um teto orçamentário com número de autorização de internação hospitalar (AIH) pactuado previamente e por procedimentos realizados.

Para induzir a mudança de comportamento dos provedores, a SES/MG utilizou uma estratégia educacional incluindo nas metas a exigência ao hospital de enviar funcionários a cursos de gestão hospitalar, pagos pela SES/MG.

Estabeleceram-se também arranjos para a adesão de gestores locais, pois a elaboração e aprovação dos planos operativos dos hospitais necessariamente passam por eles. E propôs-se a cooperação técnica entre governos e entre governos e hospitais.

Pelo termo de compromisso, a SES/MG repassa recursos financeiros e os hospitais se comprometem a cumprir metas estabelecidas no contrato.

A introdução da lógica contratual entre governos ou entre governos e prestadores tem sido adotada em vários sistemas de saúde e mesmo em outros setores de políticas públicas, como visto anteriormente na Inglaterra e na Itália, mas no Brasil é ainda considerada inovação.

Do ponto de vista da gestão, o Pro-Hosp segue o princípio do relacionamento entre um principal e um agente, aplica os princípios do planejamento estratégico, buscando que as instituições declarem missão, objetivo e metas, para serem avaliadas sobre essas bases e atende à gestão orientada por resultados, como a que foi adotada na administração estadual em geral.

Pode-se concluir que a gestão do programa está em consonância com a linha geral de gestão adotada pelo governo de Minas Gerais e de acordo com parte dos achados de Gomes (2009), quando analisou a experiência do governo mineiro.

Contemporaneamente a essa estratégia adotada em Minas, o governo federal iniciou a contratualização entre os Ministérios da Saúde e Educação e os hospitais universitários vinculados ao SUS, com base em metas relativas à prestação de serviços, ensino e pesquisa e depois estendeu a hospitais filantrópicos que atendem o SUS, para melhoria da atenção e gestão.

Em conformidade com o PDR, o Pro-Hosp se desenvolve em módulos que guardam relação com o nível de abrangência do hospital, sejam macrorregionais, microrregionais e hospitais de pequeno porte.

Há requisitos para a habilitação do hospital em cada módulo, definidos em resoluções da SES/MG, destacando-se que devem ser públicos, ou universitários ou filantrópicos, ou privados sem fins lucrativos e que a decisão cabe à CIB micro ou macrorregional, dependendo do módulo, ouvidos todos os gestores municipais da micro ou macrorregião.

A SES/MG estabeleceu, também, critérios para a aplicação dos incentivos pelos hospitais participantes, devendo ser, no mínimo, 10% em modernização gerencial; mínimo de 40% em investimentos tais como reforma, aquisição de equipamentos e/ou material permanente.

O programa tem um ciclo de competência composto de três momentos: pactuação, execução e monitoramento e avaliação.

A coordenação é exercida pela gestão estadual com funções distribuídas para a Comissão Estadual de Avaliação e Comitês de Avaliação Macrorregional e Microrregional.

Entre os compromissos a serem assumidos, o hospital deve aderir ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde.

As metas de desempenho a serem cumpridas relacionavam-se tanto ao acesso de pacientes do SUS e à qualidade da atenção quanto à sua eficiência: destinação de percentual mínimo para pacientes SUS; aumento da taxa de ocupação hospitalar; redução do tempo médio de permanência; redução de taxas de mortalidade materna, hospitalar e de infecção hospitalar; redução da taxa de cesarianas; e emissão de relatório de alta hospitalar para 100% dos pacientes do SUS.

#### 5.6.5 A revisão do PMDI em 2007

Em 2007, primeiro ano da segunda gestão de Aécio Neves como governador de Minas Gerais, realizou-se a revisão do PDMI, passando sua vigência para o período de 2007 a 2023.

A partir dessa revisão, a SES/MG passou a gerir três projetos estruturadores: Regionalização da Assistência à Saúde, Saúde em Casa e Viva Vida, que recebeu essa condição, dada a importância do alcance de suas metas para o desenvolvimento do estado (MINAS GERAIS, 2007).

A regionalização continuou declarada como prioridade para a gestão, o que pode ser comprovado, segundo o critério adotado neste estudo, pela continuidade do aporte de recursos, como ficou demonstrado na pesquisa empírica, cujos resultados estão descritos no capítulo 7.

As principais iniciativas e programas associados relacionados ao projeto estruturador “Regionalização da Assistência”, a partir dessa revisão do PMDI, passaram a ser, de acordo com Marques *et al.* (2009), os seguintes:

- Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (Pro-Hosp): deu continuidade ao programa de revitalização do parque hospitalar do estado, estimulando os hospitais considerados socialmente necessários a desenvolverem política de qualidade na atenção aos usuários do SUS, mediante repasse regular de recursos combinado ao cumprimento de metas;
- Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde: também para continuar a regulação do acesso à atenção à saúde, buscando viabilizar e garantir o acesso do usuário aos serviços. Apenas a regulação de exames e de leitos urgência foi implantada até a finalização da coleta de dados para esta pesquisa;
- Rede de Atenção às Urgências e às Emergências: programa de aprimoramento dos serviços de atendimentos de urgência e emergência, com a proposta de implantação de hospitais regionais;
- Transporte em Saúde: continuidade do programa de organização do transporte de passageiros, exames e resíduos, para melhoria da comunicação entre os diversos pontos da rede de assistência, garantindo à população o acesso aos serviços;
- Vida no Vale - Copanor: visa a melhorar a qualidade de vida e promover condições para o desenvolvimento dos 92 municípios pertencentes às bacias hidrográficas dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Leste, por meio da

universalização dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário;

- Saneamento Básico - Mais Saúde para Todos: para promoção da saúde por meio da implantação, ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.

Os programas de saneamento integram, junto com os específicos relacionados às ações e serviços de saúde, a área de resultado denominada Vida Saudável, definida no PMDI 2007-2023, seguindo a concepção de gestão por resultados do governo de Minas Gerais.

De acordo com o PMDI, o trabalho por “Áreas de Resultado” busca integrar diversas áreas do governo que têm objetivos afins, para potencializar recursos e mobilizar os gestores (MINAS GERAIS, 2007).

Será necessário o acompanhamento do controle social para garantir que recursos destinados às ações e serviços de saúde, que devem perfazer 12% do total das receitas estaduais próprias, de acordo com a EC nº 29, não sejam utilizados para financiar as obras de saneamento, embora o Tribunal de Contas do Estado tenha reconhecido esses gastos como legais, em exercícios anteriores, conforme relatou Castro (2007).

O autor mostrou que foram informados como despesas com ações e serviços de saúde gastos com o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, com o Instituto de Previdência de Servidores Militares de Minas Gerais (clientelas fechadas) e com saneamento, por meio da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), em 2005.

Com a integração dos programas por área de resultado, aumenta a responsabilidade do controle social no exercício de seu papel de observador e fiscalizador da aplicação de recursos em saúde (CASTRO, 2007).

Marques *et al.* (2009) descreveram, ainda, os “programas associados e programas especiais”:

- Rede Mais Vida: já em funcionamento, o programa prevê a implantação de uma rede de atenção à saúde da população idosa no estado, com descentralização da assistência, organização da rede e capacitação de profissionais da APS para a atenção. A rede conta com os pontos de

referência para atenção especializada, que são os centros Mais Vida, nas macrorregiões;

- Rede Hiperdia: programa de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Conta também com centros Hiperdia de referência macrorregional;
- Farmácia de Minas: continuidade do programa de distribuição de medicamentos, mediante pactuação com os municípios.

Além desses, a SES/MG participa e se relaciona com outros programas que não integram a área de resultados Vida Saudável, mas que têm impacto na saúde da população, tais como: “Minas Olímpica” (que tem por objetivo a educação por meio da prática de esporte, a promoção da cultura do esporte e da atividade física e o oferecimento à população da oportunidade de ter estilo de vida mais saudável); “Descomplicar” (que tem o propósito de simplificar as relações entre o estado e as empresas, para proporcionar ambiente institucional propício ao desenvolvimento dos negócios e investimentos privados no estado) e “Travessia” (para promover a emancipação social e econômica da população pobre e vulnerável, por meio da articulação de ações integradas de base local) (MARQUES *et al.*, 2009).

#### 5.6.6 Alguns estudos sobre o processo recente de regionalização em Minas

##### Gerais

O governo de Minas Gerais, por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, para apoiar e subsidiar decisões no SUS, publicou, em 2004, um edital para fomento de pesquisas nessa área.

Um dos projetos contemplados foi um estudo sobre a regionalização da assistência à saúde na macrorregião sudeste, que resultou na análise pormenorizada de vários aspectos dessa política. Alves *et al.* (2010) apresentaram e discutiram as diretrizes e o financiamento estabelecidos a partir de 2003, por meio do caso da assistência ao câncer de mama na rede SUS.

Os autores analisaram os instrumentos de planejamento e gestão PDR e PPI, realizando a comparação entre a programação da assistência elaborada pelas instâncias do sistema e a produção efetivamente realizada pelos serviços, nas macrorregiões de saúde (ALVES *et al.*, 2010).

Cabe lembrar que a programação da assistência no SUS, a partir do nível de média complexidade, utiliza parâmetros estabelecidos que se embasam nas necessidades de saúde da população, mas também, e principalmente, na capacidade instalada nos serviços e no financiamento do sistema.

Desde que a programação foi implantada, há, por parte de gestores e conselhos de saúde, permanente solicitação de revisão dos parâmetros estabelecidos e dos valores pagos pelo sistema aos provedores.

Os autores confrontaram esses parâmetros com outros indicados, inclusive por instituições integrantes do SUS, como Instituto Nacional do Câncer (INCa), para o caso da recomendação de mamografias para mulheres na faixa de 50 a 69 anos (ALVES *et al.*, 2010).

Para a PPI, de acordo com autores, deve-se calcular que 0,94% da população total deva receber mamografia. Já o INCa recomenda 0,5 mamografia por mulher por ano e a CIB/MG, em deliberação de 2007, recomenda a concentração de 0,3% na faixa etária de 40 a 69 anos. Ao cotejarem a programação com a produção dos serviços, verificaram que o número produzido atende apenas ao parâmetro da PPI, chegando a ser 21% do recomendado pelo INCa (ALVES *et al.*, 2010).

Esse resultado evidenciou que deveriam ser investidos mais recursos para propiciar aumento na utilização dessa medida de detecção precoce do câncer de mama, que integra área estratégica do Ministério da Saúde e que é monitorada por esse indicador, desde a primeira pactuação de indicadores da atenção básica, em 1998.

O projeto “Regionalização” da SES/MG abriga o Viva Vida, que objetiva, também, a melhoria do acesso a mamografias.

O estudo de Alves *et al.* (2010) também buscou conhecer o fluxo dos pacientes atendidos nos centros de referência de tratamento do câncer de mama no município de Juiz de Fora para verificar a adequação do desenho do PDR e concluiu que ele não modificou o fluxo estabelecido anteriormente à regionalização.

Os autores sugeriram que se revisassem os limites geográficos do PDR ou que fosse implementado um Plano Diretor de Investimentos para contemplar o desenho atual, além de outras medidas para regulação do sistema (devido à situação de pacientes do estado do Rio de Janeiro tratados em Minas Gerais) e de aumento do financiamento para adequar os parâmetros assistenciais (ALVES *et al.*, 2010).

Consideram-se as sugestões dos autores bastante pertinentes e que deveriam ser analisadas não só pela SES/MG, mas necessariamente pelo governo federal, já que se trata de região fronteira entre dois estados (Minas Gerais e Rio de Janeiro) e, portanto, os acordos deverão ser mediados pelo nível federal de governo, passando pela CIT e CIBs estaduais.

Essa questão importante remete à discussão das relações intergovernamentais, tema em que o SUS já tem grande experiência acumulada pela sua operação rotineira por meio dessas Comissões Intergestoras.

Note-se que a SES/MG realiza compensação financeira de municípios e prestadores no estado para procedimentos de média e alta complexidade, conforme estabelecido na Deliberação CIB-SUS/MG nº 404, de 06/12/2007<sup>9</sup>.

Rever parâmetros e embasá-los com evidência científica é fundamental, como pontuam os autores, mas é também importante que não só o estabelecimento de parâmetros seja fundamentado na evidência científica disponível, mas toda a extensão do cuidado no sistema de saúde. Para isso, pode-se recorrer a: avaliação de tecnologias, comissões de disseminação e de introdução de novas tecnologias e protocolos assistenciais, além de comissões independentes para avaliação da atenção, como os sistemas regionalizados da Inglaterra, Noruega e Suécia têm experimentado.

O aprendizado com a gestão dos sistemas daqueles países pode permitir que o usuário receba o tratamento devido, sem que isso implique redução do acesso para outros grupos ou indivíduos.

A SES/MG tem se utilizado da modelagem de redes e gestão da clínica, inspirada no sistema inglês, bem como da experiência da região da Lombardia, na Itália, mas é necessária a incorporação desses modelos pelas secretarias municipais, que são as gestoras e executoras da maioria dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos.

Lima (2009) empreendeu uma análise do Pro-Hosp considerando os objetivos e as metas definidas pela SES/MG para o programa, em 2003.

---

<sup>9</sup> Deliberação CIB-SUS/MG nº 404, DE 06 DE dezembro de 2007: constituiu a Câmara de Compensação de Média e Alta Complexidade para ressarcimento dos extrapolamentos das metas físicas/financeiras pactuadas na PPI Assistencial para as internações de Média Complexidade nas quatro Clínicas Básicas e de Alta Complexidade referentes às cirurgias cardiovasculares, oncologia, cirurgia ortopédica/traumatológica e cirurgia neurológica, assim como o extrapolamento de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva.

A autora construiu um modelo em que separou os objetivos em objetivo final (garantia de acesso, com qualidade, o mais próximo possível do cidadão), intermediários e operacionais, cada um com indicadores identificados na cadeia causal do programa. O estudo elegeu o nível macrorregional como unidade de análise e o período de 2003 a 2007.

Entre os resultados obtidos por Lima (2009), podem ser destacados:

- Aumento da taxa de ocupação média dos hospitais do programa nas macrorregiões. Em 2007 foi igual a 63,61%, com variação positiva de 27% em relação a 2003, que foi igual a 49,99%;
- aumento na taxa de internação por alta complexidade de 42,59% em 2003, para 61,23% em 2007, conseguindo ampliar, em média, 18,64% o número de internações de alta complexidade nos hospitais eleitos como estratégicos para a macrorregião;
- no objetivo de redução de vazios assistenciais, o indicador para mensurá-lo foi a pactuação da oferta entre os hospitais e a gestão do programa, alcançando-se 94,29%, explicando a autora que isso significa ampliação em quantidade e diversidade dos procedimentos de alta complexidade necessários à macrorregião e desconcentração da oferta nas macrorregiões centro e sudeste, reforçando a regionalização da assistência;
- a alocação de recursos de forma diferenciada para reduzir disparidades, tendo as regiões menos desenvolvidas recebido R\$ 4,10 *per capita* e as mais desenvolvidas R\$ 3,00;
- aspecto negativo detectado pela autora foi que, apesar de ter ocorrido aumento das internações de alta complexidade em todas as macrorregiões, o aumento foi desigual, elevando-se mais nas macrorregiões mais desenvolvidas, necessitando ainda de mais esforços para alcançar a equidade no acesso à alta complexidade hospitalar.

Lima (2009) mostrou que 75% dos objetivos sugeridos como condição para o alcance do objetivo final do programa foram atingidos, mas que ainda não houve impacto em relação à redução da taxa de mortalidade geral média nos hospitais participantes.



Outro ponto destacado é que o programa antecipou os mecanismos facilitadores nas relações entre os entes federados, propostos no Pacto pela Saúde de 2006, os CGRs.

A normatização do Pro-Hosp prevê a utilização das CIBs como decisoras no processo e reforça seu papel como instância interfederativa privilegiada e adequada para a mediação e cooperação intergovernamental, pois não se pode alcançar a cooperação por imposição (LIMA, 2009).

Para operacionalizar o programa, é necessária a participação das CIBs macro e microrregional que, após as negociações entre gestores e prestadores, analisa e decide sobre a habilitação dos hospitais.

Entende-se que o Pro-Hosp contribuirá para aumentar a confiança de gestores municipais nos mecanismos de cooperação intergovernamentais na medida em que as decisões, de fato, passem pela transparência das reuniões colegiadas das CIBs e não apenas sejam referendadas por elas.

A autora concluiu que o programa fortaleceu a regionalização no período estudado e aumentou a resolutividade das regiões de saúde, desconcentrando as interações da macrorregião centro.

Além disso, o Pro-Hosp evidenciou a intenção do estado de coordenar as relações de cooperação entre os municípios, promover a regionalização cooperativa, alocar recursos do tesouro estadual, estimular a efetiva participação das CIBs e regulamentar o processo em resoluções e manuais (LIMA, 2009).

Os achados de Lima (2009) reforçam a hipótese do presente trabalho de que a organização dos serviços em rede regionalizada, para promover equidade de acesso, depende, em grande medida, da coordenação exercida pelo estado sobre a vontade dos gestores municipais, devido à configuração federativa e ao histórico de alocação de recursos do SUS, onde já há serviços instalados.

Reforça-se, também, a ideia de que essa regionalização ocorrerá somente com a decisão do gestor estadual de coordenar o processo, devendo comparecer com propostas que atendam aos anseios dos municípios e com recursos para induzir as mudanças.

Embora não esteja no escopo deste trabalho a discussão sobre a política de consórcios intermunicipais, ela tem interface com a política de regionalização e, por isso, julgou-se pertinente pontuar algumas observações sobre a mesma.

Foi criada em março de 2003, no âmbito da SES/MG, uma comissão com base em um protocolo de intenções celebrado entre a SES/MG e os representantes do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais, para cuidar da política relativa aos consórcios intermunicipais de saúde, pouco estimulada no governo anterior.

Foram fixados objetivos e atribuições da “Comissão Técnica da Secretaria de Estado de Estado de Saúde e do Colegiado”, no sentido de discutir a natureza jurídica e assistencial dos consórcios intermunicipais de saúde, mas já com a decisão pela sua participação no SUS/MG (Resolução SES/MG 067/2003).

O tema da participação dos consórcios foi pouco tratado nas instâncias formais do SUS/MG, no governo anterior (Itamar Franco, de 1999 a 2002), já que o início dessa forma de articulação entre gestores municipais para provimento de serviços teve importância no governo do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), de 1993 a 1997.

A constituição e operação dos consórcios ocorreram paralelamente às instâncias intergestoras e de participação social durante o governo de Itamar Franco. Foram consideradas por alguns gestores como uma solução para ofertar serviços, cujos parâmetros eram considerados insuficientes na PPI e, por alguns técnicos, como forma de privatizar a oferta de serviços com recursos públicos, sem controle pelas instâncias previstas na normatização do SUS e pelo controle social.

Essas observações são baseadas em relatos e discussões vivenciados pela pesquisadora, em sua atuação nos serviços municipais e regionais em Minas Gerais.

O papel que os consórcios foram assumindo ao longo do período analisado neste trabalho justifica o breve registro de sua relação com a SES/MG.

Os consórcios são responsáveis pela coordenação e execução do Sistema Estadual de Transporte em Saúde, um programa de apoio logístico à regionalização, que transporta usuários, viabilizando seu acesso a serviços regionalizados, além do provimento de outros serviços do SUS/MG, por meio de prestação em sedes próprias ou comprando de terceiros.

Pode-se avaliar a importância que essas entidades tomaram no período, pelo volume de recursos aportados para elas. Por exemplo, em maio de 2010, a SES/MG disponibilizou 12 milhões de reais ao Programa de Cooperação Intermunicipal em

Saúde, para entidades que apresentaram projetos a um edital para ampliação do atendimento ao SUS.

Esse valor é igual ao valor alocado pela SES/MG ao Pro-Hosp, em junho de 2004, para início do programa no estado.

Outro indicador da crescente importância atribuída à política é sua extensão no estado: os 63 consórcios, atuantes em 2010, estavam presentes em 729 municípios (85,46%), cobrindo população de 11.464.851 habitantes (57,23% da população) (MAIA, 2010).

Esse tema poderia ser mais explorado pela pesquisa acadêmica visando avaliar a contribuição dos consórcios na regionalização e subsidiar decisões políticas de gestores no país.

A partir da revisão da literatura e dos documentos oficiais e baseando-se nas dificuldades e desafios impostos ao gestor estadual do SUS no contexto do federalismo brasileiro, no que se refere às relações intergovernamentais e à perda relativa de receitas nas décadas recentes, os próximos capítulos tratarão da análise e discussão dos dados empíricos obtidos e consolidados neste trabalho.

## 6 METODOLOGIA UTILIZADA NA PESQUISA EMPÍRICA QUANTITATIVA

### 6.1 Procedimentos preliminares

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a gestão estadual do SUS em Minas Gerais no seu papel de coordenadora do processo de regionalização da assistência à saúde, no período de 2002 a 2009, para alcançar a redução das desigualdades inter-regionais relativas à saúde no estado, considerando o sistema federativo brasileiro, em que os municípios são entes dotados de autonomia.

Para concretizar o objetivo, foi realizada preliminarmente uma revisão da literatura internacional e nacional sobre o tema, abrangendo aspectos teóricos do federalismo e do federalismo brasileiro, a regionalização dos serviços de saúde no SUS, as experiências de intervenção dos gestores estaduais de saúde de alguns estados brasileiros - objetivando a regionalização e equidade - em especial, de Minas Gerais nas políticas de saúde. Esta revisão propiciou a escolha dos rumos da pesquisa e das categorias de análise a serem adotadas.

As políticas de saúde podem ser consideradas a ação ou omissão do Estado como resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que interferem na saúde dos indivíduos e coletividade.

Assim, a avaliação de políticas pode variar desde análises sobre a natureza do Estado e do poder político envolvido na sua formulação, até estudar a sua operacionalização (SILVA, 2005).

A análise de implantação ou implementação tem como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu cenário de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e é contingencial (HARTZ; SILVA, 2005).

Na avaliação, é necessário delimitar o que será objeto da avaliação e quais os níveis da realidade que se deseja estudar: ações, serviços, estabelecimentos ou sistema (SILVA, 2005).

Para atender aos objetivos deste trabalho, seguindo a abordagem de Hartz e Silva (2005), foi escolhido o nível do sistema, avaliando alguns aspectos da estrutura, dos processos e alguns resultados da operacionalização do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”, que foi política prioritária da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período analisado.

Escolheu-se o nível do sistema para abranger ao máximo possível os diferentes fatores que podem se localizar nos serviços nos municípios ou em programas que ultrapassam o nível local e se encontram na organização microrregional ou, ainda, no nível macrorregional dos diversos serviços que atendem às demandas de média e alta complexidades dos cidadãos.

Segundo Hartz e Silva (2005), a não utilização de teoria na avaliação de programas resulta em avaliações do tipo *black box* (em que se analisam os insumos e os produtos), não sensível aos contextos políticos e organizacionais, que relegavam temas como as relações entre a intervenção planejada e a intervenção ofertada, entre objetivos oficiais e os operativos ou entre efeitos esperados e não esperados.

Assim, a partir da década de 1980, houve movimento de mudança da avaliação metodologicamente orientada para a avaliação orientada pela teoria.

De acordo com Chen (2006), a teoria de um programa deveria ser prescritiva e descritiva, devendo a prescritiva explicar os elementos do programa (estrutura, processo de implementação e produtos) e a descritiva apresentar a lógica de como o programa funciona, ou seja, como se relacionam a estrutura, o processo de implementação e os produtos (CHEN, 2006).

McLaughlin e Jordan (1999) relataram que um modelo lógico para avaliação de programas traria como benefícios a construção de um entendimento comum do programa e das expectativas de recursos, do público atingido e de seus resultados. Seria útil para o desenho ou melhoria do programa, teria ainda como benefícios comunicar o lugar que o programa ocupa em uma organização e indicar um conjunto de medidas-chave de desempenho e itens para avaliação, melhorando a coleta de dados.

Os autores descreveram um modelo lógico contendo os seguintes elementos: recursos (humanos e financeiros e outros insumos); atividades (ações necessárias para produzir resultados); resultados (que são os produtos, benefícios e serviços produzidos pelo programa diretamente aos usuários); público-alvo e atores

envolvidos; e desfechos, que são as mudanças ou benefícios resultantes das atividades e dos resultados.

Neste estudo, propôs-se um modelo que leva em conta o quadro em que a política de regionalização ocorreu, a fase de implementação e os desfechos, separados em: de curto prazo, intermediários e de longo prazo.

Segundo McLaughlin e Jordan (1999), o modelo deve mostrar as influências externas e os programas relacionados. Por isso, foram inseridas variáveis contextuais e programas relacionados à regionalização.

A observação do Modelo de McLaughlin e Jordan (1999) mostrou que ele poderia ser utilizado tanto como modelo lógico como modelo teórico, sendo adequado para descrever os elementos do programa “Regionalização da Assistência à Saúde”, analisado neste trabalho (sua teoria prescritiva) e a lógica de funcionamento do programa (ou como ocorrem as relações entre seus elementos, que é sua teoria descritiva).

A construção do modelo lógico foi realizada verificando sua capacidade de explicar os vários momentos do programa, desde o que o motivou até sua implementação. Após a construção do modelo, para cada fase ou elemento foram selecionados indicadores que pudessem medir a obtenção dos objetivos propostos para aquela fase ou elemento.

Assim, por exemplo, ao inserir o elemento *contexto* no modelo, foram selecionados os indicadores PIB *per capita*, IFDM dos municípios, proporção da população com 65 anos e mais, transferências da União para municípios *per capita*, recursos estaduais *per capita* por município e recursos próprios *per capita* aplicados em saúde pelos municípios.

O QUADRO 1 mostra o modelo lógico construído para o projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”, para melhor compreensão.

Contexto	Indicadores de contexto	Intervenções políticas	Processos de implementação	Indicadores de implementação	Impactos esperados (objetivos de curto prazo; resultados intermediários)	Indicadores de impacto (de resultados intermediários)	Desfechos esperados (objetivos de longo prazo)	Indicadores de desfecho
Envelhecimento da população; Desigualdades inter-regionais no estado; desenvolvimento socioeconômico; recursos aplicados em ações e serviços de saúde (estrutura do serviços, dependente do contexto)	Percentual da população com 65 anos e mais; PIB <i>per capita</i> ; índice de FIRJAN de desenvolvimento municipal; recursos federais, estaduais e municipais aplicados em saúde, <i>per capita</i>	PMDI 2003-2020 com 10 objetivos prioritários; PPAG 2004-2007 com projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” e 2 programas associados: Viva Vida e Pro-Hosp	Revisão do PDR; produção manual Viva Vida; oficinas de sensibilização; propostas a municípios; transferências de recursos estaduais para municípios; identificação de hospitais que atendessem ao PDR e contratualização	Recursos estaduais repassados a municípios; recursos estaduais para Regionalização; % de CIBs microrregionais e macrorregionais, em relação à meta proposta (100% até julho de 2005)	Desconcentração do atendimento dos polos de macrorregião; atendimento hospitalar de qualidade mais próximo possível do cidadão; Melhoria da atenção à gestante de alto risco; aumento da utilização de mamografias	Leitos hospitalares/1000 habitantes; leitos de UTI/1000 habitantes; mamógrafo/200 mil habitantes; Taxa de internação/1000 habitantes; razão de mamografias; % de internação por CSAA; taxa de internação por IAM; taxa de internação por AVC	Redução das internações; redução da mortalidade materna; redução da mortalidade infantil neonatal; redução da mortalidade por AVC; redução da mortalidade por IAM	Taxa de Internação; razão de mortalidade materna; taxa de mortalidade infantil neonatal; taxa de mortalidade por IAM; taxa de mortalidade por AVC

AVC: acidente vascular cerebral; CSAA: condições sensíveis à atenção ambulatorial; IAM: infarto agudo do miocárdio.

Quadro 1- Modelo lógico do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde”.

Fonte: Elaboração própria de acordo com Mc Laughlin e Jordan (1999).

Os indicadores foram selecionados atendendo a critérios de validade, reprodutibilidade, representatividade (cobertura), obediência a preceitos éticos, oportunidade, simplicidade, facilidade de obtenção e custo compatível (PEREIRA, 2000) e de acordo com a literatura consultada sobre a importância do cuidado no momento e local adequados na resolução de problemas de saúde traduzidos por alguns dos indicadores, como o IAM (CONCANNON *et al.*, 2010).

Além desses critérios, buscou-se incluir alguns indicadores propostos pela SES/MG para avaliação dos programas que foram propostos e/ou implantados e indicadores que o Ministério da Saúde estabeleceu, desde 1998, para avaliar o desempenho dos serviços no SUS, como, por exemplo, a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 1998b).

Ao longo do período de 1998 até 2009, o Ministério da Saúde alterou os indicadores de acordo com os avanços alcançados ou para corrigir rumos, por isso há indicadores que foram utilizados em 1998 e não foram mais utilizados em anos seguintes ou utilizados por apenas alguns anos (BRASIL, 2009c). Este estudo empregou alguns daqueles que permaneceram na lista do Ministério da Saúde e que integram, também, a lista de indicadores propostos por outros sistemas de saúde ou agências internacionais, como, por exemplo, a taxa de internação por acidente vascular cerebral (CANADA, 2008).

Um dos indicadores de desfecho utilizados foi a taxa de mortalidade infantil neonatal, tendo-se em vista que a literatura mostrou que sua redução depende mais de medidas relacionadas à melhoria na qualidade dos serviços de saúde (LANSKY, 2010), sendo, portanto, mais sensível ao cuidado pelo serviço do que a taxa de mortalidade infantil, que sofre mais influências ambientais do que os óbitos neonatais (PEREIRA, 2000).

Todos os indicadores selecionados do modelo lógico que foram utilizados nas análises estão apresentados no QUADRO 2, que mostra, também, a categoria do indicador definida por características sociopolíticas e ambientais, ou demográficas, ou do serviço (de estrutura, de processo ou de resultado), ou de condições de saúde (PEREIRA, 2000). São informados, ainda, as fontes e o período analisado para cada indicador.



<b>Categorias e tipos de indicadores</b>	<b>Unidade</b>	<b>Período disponível</b>	<b>Fonte</b>
<b>Aspectos ecológicos e sociopolíticos</b>			
PIB <i>per capita</i> do município	R\$1000 de 2000 - Deflacionado pelo deflator implícito do PIB nacional	2003 a 2007	Fundação João Pinheiro
Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal	Unidade	2000, 2005 e 2006	FIRJAN
Perc.de CIBs micro e macrorregionais implantadas	%	2006	SES-MG
<b>Características demográficas</b>			
Porcentagem da população com 65 anos e mais	%	2009	IBGE
<b>Recursos financeiros</b>			
Total de recursos estaduais repassados no ano	Reais por habitante	2002 a 2009	SES-MG
Total de recursos estaduais transferidos por programa (Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Gestão em Saúde, Regionalização da Assistência, Saúde em Casa, Assistência Farmacêutica, Saneamento, Pro-Hosp)	Reais por habitante	2002 a 2009	SES-MG
Transferências federais p/municípios, microrregiões	Reais por habitante	2002 a 2009	SIOPS/DATASUS
Recursos próprios dos municípios aplicados em saúde	Reais por habitante	2002 a 2009	SIOPS/DATASUS
<b>Características dos serviços (estrutura e processos)</b>			
Leitos para o SUS	por 1.000 habitantes	2002, 2003, 2005 a 2009	Cadastros extintos do SUS: 2002 e 2003; CNES: 2005 a 2009
Leitos complementares (de UTI) para o SUS	por 100 mil habitantes	2002, 2003, 2006 a 2010	Cadastros extintos do SUS: 2002 e 2003; CNES: 2006 a 2009
Número de mamógrafos	por 200 mil habitantes	2002, 2005 a 2009	Cadastros extintos do SUS: 2002; CNES: 2005-2009
Razão de mamografias	por mulher de 50 a 69 anos	2002 a 2007; 2009	SIA-SUS
Taxa de internação por todas as causas e por local de residência	por 1.000 habitantes	2003 a 2009	SES/MG
Percentual de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no total de internações	%	2003 a 2009	SES/MG
Taxa de internação por IAM	por 100 mil hab.	2002 a 2009	SIH-SUS
Taxa de internação por AVC	por 100 mil hab.	2002 a 2009	SIH-SUS
<b>Características do processo saúde e doença</b>			
Razão de mortalidade materna	por 100 mil nascidos vivos	2002 a 2007	SIM / SINASC
Taxa mortalidade infantil neonatal	por 1.000 nascidos vivos	2002 a 2007	SIM / SINASC
Taxa de Mortalidade por IAM	por 100 mil hab.	2002 a 2008	SIM
Taxa de mortalidade por AVC	por 100 mil hab.	2002 a 2008	SIM

FIRJAN: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro; SES: Secretaria de Estado da Saúde; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; SIA: Sistema de Informações Ambulatorial; SIH: Sistema de Informações Hospitalar; SIM: Sistema de Informações de Mortalidade; SINASC: Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

Quadro 2- Indicadores utilizados, por categoria, por microrregião.

Fonte: Elaboração própria.

Para este estudo foram coletados e analisados dados secundários relativos às variáveis de interesse, obtidos nos *sites* do DATASUS, da FJP e FIRJAN, além de dados não disponíveis na Internet, que foram coletados pela pesquisadora em bancos de dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

O sistema de saúde em Minas Gerais está funcionalmente dividido em 13 macrorregiões, compostas de 76 microrregiões de saúde que contêm os 853 municípios, que podem ser sede de polo microrregional ou de polo macrorregional.

Para refletir sobre o processo de regionalização, que buscou criar e fortalecer os sistemas microrregionais de saúde, este estudo utilizou a microrregião como unidade de observação e de análise.

Associou-se cada microrregião à macrorregião a que pertence, para verificar se o fato da microrregião abrigar municípios que são polo de macrorregião influenciava o comportamento de alguns de seus indicadores, referentes à regionalização.

Para obter os dados por microrregião de saúde, os dados foram coletados no nível municipal e foram, depois, agregados no nível microrregional, calculando-se o somatório (por exemplo, dos recursos financeiros) ou as médias (por exemplo, das taxas de mortalidade) das variáveis envolvidas, conforme fosse apropriado a cada análise.

A macrorregião é o nível de organização do sistema no qual o cidadão teria todas (ou quase todas) as suas necessidades de atenção resolvidas, conforme os critérios de regionalização propostos por Silva e Mendes (2004):

A regionalização da atenção à saúde pressupõe a explicitação, num PDR, dos territórios sanitários. Já que os espaços político-administrativos dos municípios e do estado estão dados, há que se definirem, principalmente, os territórios macro e microrregionais. No território macrorregional serão exercitadas, de forma autossuficiente, as ações de atenção terciária (alta complexidade); no território microrregional serão ofertadas, de modo autossuficiente, as ações de atenção secundária (média complexidade). No território municipal, serão desenvolvidas, no mínimo, as ações de APS (SILVA; MENDES, 2004).

Embora o sistema macrorregional corresponda ao nível de mais resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos, seu número é pequeno (13) para o objetivo de descrever e avaliar as políticas em um estado grande e diverso como Minas Gerais.

Uma mesma macrorregião pode agregar municípios e microrregiões com diferenças notáveis, como a macrorregião centro, uma das mais ricas do estado. Nela há microrregiões com o valor do PIB *per capita* anual variando de R\$ 2,38 mil

(Guanhães) a R\$ 16,56 mil (Betim). Se desagregar até o nível do município, as diferenças aparecerão com mais nitidez. O critério de se adotar a macrorregião como unidade de observação seria muito abrangente e superficial, encobrendo características importantes para a análise.

Essa foi, também, uma das razões para se tomar a microrregião como unidade de análise, mas a principal foi manter a coerência com a opção do PDR de construir sistemas microrregionais.

De acordo com os critérios citados (SILVA; MENDES, 2004), o nível municipal é considerado a menor unidade do sistema, em que o cidadão deverá acessar, no mínimo, as ações de atenção primária. E é nesse nível onde se operacionalizam algumas políticas e programas para se alcançar a efetividade do sistema.

Além disso, pela condição do município no federalismo brasileiro e pela normatização do SUS, é para o nível local que é destinada a maior parte dos recursos para execução das ações e serviços de saúde. Acresce-se a isto o fato da maioria dos dados sobre saúde no Brasil estarem disponibilizados no nível municipal, por isso foi necessário adotar o procedimento de coletá-los por município e, posteriormente, agregá-los por microrregião de saúde.

Para se obter visão geral do sistema, construiu-se uma série histórica do total de recursos estaduais repassados a municípios, de 2002 a 2009, separados por programas. Nesse volume de recursos estaduais estão incluídas as transferências federais do SUS ao Fundo Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais e não apenas recursos próprios do estado.

A autonomia dos governos para tomar decisões deriva em grande medida da extensão em que detêm autoridade efetiva sobre recursos tributários e/ou fiscais ou, dito de outra forma, governos que possuem autoridade sobre recursos tributários têm mais autonomia para definir sua própria agenda de governo (ARRETCHE, 2005).

Concordando com o argumento dessa autora citada, este estudo considerou como recursos financeiros estaduais aqueles sobre os quais a gestão estadual tinha autonomia de decisão, dentro dos limites normativos e institucionais do SUS. Ou seja, foram considerados os recursos orçamentários estaduais (nos quais se incluem os recursos próprios, de acordo com a EC nº 29, acrescidos das transferências da União, aportadas no orçamento estadual do setor saúde) alocados por decisão do gestor estadual, após a proposição, negociação e aprovação pelas instâncias

gestoras e/ou deliberativas do SUS, a saber, a CIB estadual e o CES de Minas Gerais.

Adotou-se esse entendimento porque o objetivo desta pesquisa foi avaliar os efeitos da gestão estadual do sistema e não apenas acompanhar a evolução de gastos ou o fluxo de recursos próprios do estado de Minas Gerais alocados no setor saúde.

Lima (2006), ao abordar as relações entre o federalismo fiscal e o financiamento do SUS, afirmou que as regras do federalismo fiscal são resultado e, ao mesmo tempo, influenciam as decisões dos atores federativos, já que delimitam a capacidade de atuação dos governantes, condicionam sua percepção sobre as alternativas do financiamento da política e têm peso sobre suas opções estratégicas para obtenção de novos recursos e gastos.

Aceitando a validade desse argumento e acrescentando que decisões críticas das esferas subnacionais têm impacto não apenas no financiamento, mas também na operacionalização da política de saúde, esta pesquisa adotou a premissa de que a avaliação do efeito da política de regionalização deveria considerar a decisão do gestor sobre o montante de recursos disponíveis para a política e não apenas sobre aqueles que o estado mobilizava de suas receitas próprias.

O valor total de recursos recebidos por cada um dos municípios foi dividido pela respectiva população para se obter um valor *per capita*. Todas as análises que envolveram recursos financeiros utilizaram os valores *per capita* para possibilitar a comparação entre as unidades de análise do estudo.

Realizou-se, depois, a agregação dos recursos por microrregião de saúde, para conhecer sua distribuição nesse nível de planejamento e gestão do sistema, tendo em vista a opção do PDR de adotar os sistemas microrregionais de saúde.

Para atingir o segundo objetivo específico, que foi avaliar a extensão da implementação da regionalização, utilizou-se o indicador “total de recursos financeiros estaduais do projeto ‘Regionalização’ repassados a municípios”, selecionado de acordo com o modelo lógico construído de acordo com McLaughlin e Jordan (1999).

Assumiu-se que a materialização da intencionalidade da política, ou seja, sua operacionalização ocorreu, efetivamente, a partir da alocação de recursos financeiros para o cumprimento dos objetivos propostos no projeto, o que foi validado pela Assessoria de Gestão Estratégica da SES/MG.

A operacionalização da implementação da política de regionalização foi avaliada pela análise da série histórica do volume de recursos estaduais gastos na funcional programática “Programa Regionalização da Assistência à Saúde” nos anos de 2004 a 2006 e no “Programa Regionalização - Urgência e Emergência” nos anos de 2007 a 2009. Os valores foram obtidos do banco de dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio de sua Assessoria de Gestão Estratégica, que forneceu dados e informações para a pesquisa empírica.

Os recursos destinados aos programas Viva Vida e Pro-Hosp, repassados a hospitais que atendessem o SUS, programas associados à Regionalização até 2007, foram incluídos, pela SES/MG, na funcional programática “Programa Regionalização da Assistência à Saúde”, estando, portanto, contemplados no indicador “total de recursos financeiros estaduais do projeto “Regionalização” repassados a municípios” .

Outro indicador utilizado para avaliar a extensão da implementação da regionalização foi extraído do Acordo de Resultados de 2005, assinado entre a SES/MG e a Secretaria de Planejamento e Gestão: o percentual de CIBs microrregionais implantadas do total de 75 correspondendo às 75 microrregiões.

O terceiro objetivo específico deste estudo foi avaliar o efeito da implementação do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” sobre a rede de serviços e na redução das desigualdades regionais relativas à distribuição de recursos e ao acesso a serviços (leitos hospitalares, leitos de UTI, mamógrafos, mamografias e internações) e em algumas condições de saúde da população, que são consideradas sensíveis à regionalização da assistência. Buscou-se alcançá-lo realizando uma comparação entre dois períodos na série temporal analisada: um definido como “antes”, que foi do ano de 2002 ao ano de 2005, e outro definido como “depois”, que se iniciou em 2006 e foi até 2009.

O ponto de corte para a separação dos períodos foi definido a partir da análise da série histórica da evolução dos gastos estaduais com saúde, já que foi assumido que a implementação da política ocorreu, de fato, a partir da alocação de recursos financeiros para ela. Essa definição foi discutida com a Assessoria de Gestão Estratégica da SES/MG e validada pela mesma.

Desse modo, os indicadores do período “antes” são médias dos anos 2002, 2003, 2004 e 2005; já os indicadores do “depois” são as médias dos anos 2006, 2007, 2008 e 2009. A justificativa para utilizar médias dos períodos e não os

extremos (anos 2002 e 2009) se deveu ao fato de não haver disponibilidade de todos os indicadores a serem pesquisados para esses anos dos extremos da série, bem como por haver falhas em séries de outras variáveis referentes a outros anos, como, por exemplo, o PIB *per capita* ou existência de equipamentos.

Mas, para a maioria das variáveis, havia dados disponíveis para a maior parte da série, tendo alguns sido coletados em sistemas de informações diferentes, mas do mesmo banco, como os de leitos hospitalares e mamografias no DATASUS.

A partir da definição dos períodos “antes” e “depois”, realizaram-se as comparações dos resultados intermediários e dos desfechos esperados pela implementação dos programas nas microrregiões de saúde. Os resultados foram traduzidos por indicadores também selecionados do modelo lógico construído para o estudo e apresentado no QUADRO 2 (leitos hospitalares, de UTI, etc.).

Os objetivos e o desenho da fase empírica deste estudo não foram orientados para o entendimento do processo político que permeou a formulação e a implementação da política de regionalização no estado, mas o alcance de alguns objetivos da política pode ser uma medida das negociações políticas entre estado e municípios, no período estudado.

## **6.2 Caracterização do universo e delineamento do estudo**

A investigação, de natureza observacional, divide-se em duas etapas: na primeira, foi feito estudo descritivo e na segunda, estudo analítico do tipo antes e depois, em que foram realizadas análises dos dados secundários agregados, baseados em medidas médias referentes às populações de todos os 853 municípios do estado de Minas Gerais. Portanto, trata-se de estudo de base censitária, em que todos os elementos participaram.

As unidades de observação e de análise foram as microrregiões de saúde.

Foi analisado o período compreendido entre os anos de 2002 e 2009, por ser representativo da ênfase dada à regionalização na política nacional de saúde, por meio das NOAS 01/2001 e 01/2002 e, posteriormente, pelo Pacto pela Saúde de 2006.

Outra justificativa para a seleção desse período foi a intervenção na política de regionalização da saúde, por parte do governo estadual, assumindo a coordenação do processo (MINAS GERAIS, 2003b).

Embora este trabalho não tenha como objetivo a avaliação de desempenho dos sistemas microrregionais, pelas características do seu delineamento, os seus achados, possivelmente, permitirão conclusões sobre os efeitos dos sistemas e do contexto sobre alguns indicadores de saúde da população.

Parte da metodologia utilizada neste trabalho, especificamente a análise quantitativa dos dados empíricos, utilizou técnicas exploradas pela pesquisadora, em estudo sobre a contribuição do desenvolvimento humano e das ações do serviço público de saúde bucal sobre a experiência de cárie na região de Juiz de Fora, Minas Gerais (GUIMARÃES, 2005) e por Gerschman e Viana (2005). O intuito daqueles autores foi avaliar o padrão de desigualdades regionais na oferta de serviços e nas transferências financeiras da União para estados e municípios. Também se recorreu a Pavolini (2009), que analisou a regionalização na Itália, para avaliar diferenças entre as regiões naquele país.

Para avaliar o alcance dos objetivos da regionalização, foi necessário eleger alguns indicadores de desfecho que pudessem refletir se houve alteração do quadro da condição de saúde, expressa por taxas de mortalidade.

Encontrou-se na literatura que a regionalização de um serviço de atenção ao infarto agudo do miocárdio trouxe benefícios, tais como a redução da mortalidade e menores custos da atenção (CONCANNON *et al.*, 2010; NICHOL *et al.*, 2010). Assim, a variável “taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio” foi utilizada como indicador de desfecho.

Utilizaram-se, também, alguns indicadores que expressam o cenário em que vivem as populações destinatárias dos programas e políticas, quais sejam: para expressar condição socioeconômica, foram empregados o PIB *per capita* e o IFDM. Para expressar condições demográficas, foi adotada a proporção de pessoas com 65 anos e mais nos municípios.

O IFDM é um indicador sintético que considera as três principais áreas de desenvolvimento humano: emprego e renda; educação; e saúde, tendo todas o mesmo peso no cálculo do indicador. O índice varia de zero a um, sendo que quanto mais próximo de um, mais alto o nível de desenvolvimento da localidade analisada e o seu resultado pode ser interpretado por área ou pelo índice final (FIRJAN, 2010a).

Os critérios de análise estabelecem quatro categorias para os municípios, sendo classificados como de baixo estágio de desenvolvimento, quando o IFDM se situa de zero a 0,4; de desenvolvimento regular quando a pontuação é de 0,4001 a 0,6; de desenvolvimento moderado, quando pontuam de 0,6001 a 0,8; e de alto desenvolvimento, se alcançarem de 0,8001 a 1,0 (FIRJAN, 2010a).

Escolheu-se esse índice pelas seguintes razões: ele tem recorte municipal, abrangência nacional e pode ser agregado, permitindo-se obter os índices para agregados de municípios, como, por exemplo, para a microrregião de saúde, que foi a unidade de análise deste estudo.

O IDH criado pela Organização das Nações Unidas teria algumas limitações para o caso deste trabalho. A primeira é que se trata de um índice construído decenalmente, sendo o mais recente disponível, à época da coleta de dados, publicado no ano 2000, ficando suas medidas mais distantes da realidade ao longo da década. A segunda e mais importante limitação é que o IDH e seus similares apresentam dificuldades para a agregação.

Muitos indicadores que medem pobreza em um país são iguais à média ponderada dos correspondentes indicadores para os estados, o que não ocorre com o IDH do país, que não pode ser obtido a partir de qualquer média ponderada dos IDHs dos estados (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003).

O mesmo raciocínio pode ser aplicado quando se deseja obter um índice da microrregião por agregação dos índices dos municípios pertencentes à sua área de abrangência.

Este estudo avalia, pioneiramente, os efeitos de políticas públicas de saúde no nível da microrregião, como é o caso do projeto “Regionalização da Assistência à Saúde”, sendo, portanto, necessário utilizar um indicador que possa ser agregado nesse nível.

A segunda limitação imposta pelo IDH, já relatada, foi a mesma encontrada para a não utilização do Índice Mineiro de Responsabilidade Social, um indicador sintético construído pela FJP para todos os municípios de Minas Gerais. Nos documentos técnicos não foram encontradas orientações sobre a possibilidade de agregação dos índices municipais para expressar a condição da microrregião (FJP, 2010b).



O indicador IFDM, na dimensão saúde, usa para sua construção o número de consultas de pré-natal, de óbitos infantis por causas evitáveis e de óbitos por causas mal definidas e sua fonte de dados é o Ministério da Saúde (FIRJAN, 2010a).

### 6.3 Forma de análise dos dados quantitativos

Em primeiro lugar, foi realizada a análise exploratória univariada para descrever as microrregiões de saúde calculando-se medidas (valor mínimo, média, desvio-padrão e valor máximo) das variáveis de interesse.

Com a intenção de facilitar o entendimento das análises conduzidas para cumprir os objetivos específicos 2 e 3, foram elaboradas questões norteadoras em que as respostas foram os resultados das análises empreendidas. A seguir, serão apresentadas as questões e a forma de análise que foi conduzida para buscar respondê-las.

**Questão 1** - Como foi a evolução da implementação do projeto “Regionalização da Assistência à Saúde” traduzida pelo gasto de recursos estaduais dirigidos aos municípios, no estado de Minas Gerais?

Análise realizada: elaborou-se uma série histórica, compreendendo o período de 2002 a 2009, do total de recursos estaduais destinados aos municípios, dos recursos destinados ao projeto “Regionalização” e aos demais projetos (incluídos no total de recursos estaduais) aplicados em todo o estado, apresentada em gráficos de linha.

**Questão 2** - O que mudou após a implantação da regionalização, no acesso a aos serviços (leitos hospitalares, leitos de UTI, taxas de internação, mamógrafos, mamografias) e nas condições de saúde da população (medidas pelas taxas de mortalidade infantil, por infarto agudo do miocárdio, por acidente vascular cerebral, por condições sensíveis à atenção ambulatorial)?

Análises realizadas:

- a) Foram calculadas as médias das variáveis que representam acesso e condições de saúde para os períodos “antes” e “depois”;
- b) calculou-se a diferença entre as médias das variáveis “antes” e “depois” (média “depois” - média “antes” = ganhos ou perdas no período);

- c) verificou-se se as diferenças eram estatisticamente significativas pelo teste “t” de Student para amostras dependentes.

**Questão 3** - A distribuição dos recursos e as condições de acesso aos serviços de saúde se tornaram mais equitativas pelas diversas microrregiões após a implementação do projeto “Regionalização”?

Análises realizadas:

- a) Para verificação do grau de desigualdade na distribuição dos recursos *per capita* entre as microrregiões, calculou-se o coeficiente de Gini para as transferências federais, para os recursos estaduais recebidos pelas microrregiões (somatório dos recursos recebidos pelos municípios que a compõem) e para os recursos próprios dos municípios (somatórios das despesas dos municípios agregados por microrregião), no ano de 2002 e de 2009, comparando os coeficientes referentes a cada ano e verificando se a desigualdade ampliou ou diminuiu;
- b) para verificação do grau de desigualdade na distribuição dos indicadores utilizados para representar acesso e condições de saúde entre as microrregiões, calculou-se o coeficiente de Gini para a média de cada variável, referente ao período “antes” e “depois”. O resultado da análise poderia mostrar se as microrregiões se aproximaram ou se distanciaram, observando se o valor do coeficiente se aproximou ou se afastou do valor zero no período “depois” em cada indicador de interesse. Essa análise possibilitou verificar se as microrregiões se aproximaram ou se distanciaram em relação às variáveis analisadas.

O coeficiente de Gini foi desenvolvido pelo estatístico italiano Corrado Gini em 1912 como uma medida resumida de desigualdade de renda na sociedade e é usualmente usada com o gráfico de concentração de riqueza introduzido em 1905 por Max Lorenz. Essas medidas têm sido aplicadas principalmente em Economia. “G” é uma medida de desigualdade em que o valor mínimo é igual a zero, quando todas as observações são iguais e o máximo valor é igual a 1, significando extrema desigualdade na distribuição (STATSDIRECT, 2010). Nos resultados deste estudo o coeficiente aparece na forma de percentual, para facilitar o entendimento.

**Questão 4** - Houve desconcentração de recursos e de atendimento após iniciar o projeto “Regionalização”? Ou seja: as microrregiões que não contêm polos de macrorregião passaram a receber mais recursos e ter mais disponibilidade e

utilização de serviços do que aquelas microrregiões que abrigam polos de macrorregião?

Análises realizadas:

- a) Calculou-se a diferença entre as médias de variáveis de recursos financeiros e de disponibilidade e utilização de serviços das microrregiões que contêm municípios-polo de macrorregião e das que não contêm municípios-polo no período “antes” e no período “depois”;
- b) comparou-se a diferença das médias “antes” com a diferença das médias “depois” e verificou-se se as diferenças aumentaram ou diminuíram e qual a direção da mudança. Se a diferença diminuir, significa que houve desconcentração na produção de procedimentos na direção das microrregiões sem municípios-polo de macrorregião.

As análises estatísticas foram realizadas nos programas estatísticos *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 15.0 para Windows, versão de avaliação, no *StatsDirect* versão 2,7,8 e *Excell* 2007.

## 7 ACHADOS DA PESQUISA EMPÍRICA E DISCUSSÃO

Nos anos de 2003 e 2004, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) mobilizou-se internamente e também os municípios, por meio das Gerências Regionais de Saúde, para os primeiros passos na construção do modelo de gestão e de atenção que atendesse aos requisitos do PMDI e, portanto, do Plano Estadual de Saúde.

O projeto estruturador “Regionalização da Assistência”, que constava do PMDI e dos instrumentos de planejamento dele decorrentes e que tinha objetivos de melhoria dos serviços públicos e de redução de desigualdades regionais, abrigou os Programas Viva Vida e Pro-Hosp, passando a ser o norteador do processo de regionalização no território estadual a partir de 2003.

Assim, neste capítulo serão apresentados os resultados da etapa deste estudo que analisou dados quantitativos, com o propósito de avaliar a extensão da implementação do projeto “Regionalização da Assistência” pela gestão estadual do SUS. Buscou-se também avaliar se a gestão atingiu os objetivos de redução das desigualdades regionais relativas à distribuição de recursos e ao acesso a serviços (UTI, mamografias, leitos hospitalares) e em relação a algumas condições de saúde da população, consideradas sensíveis à regionalização da assistência.

A apresentação desses resultados e sua discussão se destinam a confirmar ou refutar a hipótese que conduziu este trabalho, de que a participação da gestão estadual é condição necessária para se alcançar a equidade ou para reduzir disparidades no acesso a serviços de saúde entre as várias regiões do estado.

Constituiu dificuldade para a realização da pesquisa empírica, na fase da coleta de dados, a variação ao longo do tempo na forma de registro de alguns indicadores nos bancos de dados do DATASUS ou interrupção de uma série em um banco e sua continuidade estar em outro banco de dados, por exemplo.

Esses arranjos dos bancos de dados não auxiliam os pesquisadores e ainda dificultam o monitoramento e a avaliação dos serviços na rotina do sistema de saúde.

## 7.1 Características do estado de Minas Gerais relacionadas ao sistema de saúde

A população do estado de Minas Gerais totalizou 19.595.309 habitantes, de acordo com os resultados do censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011).

À época da coleta dos dados para a pesquisa, trabalhou-se com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pois o Censo de 2010 ainda não havia sido realizado. A projeção da população do estado para 2009 era de 20.034.068 habitantes, sendo este o tamanho de população utilizado para os cálculos dos indicadores. No censo, a população se apresentou com 438.759 habitantes a menos do que o valor projetado.

O valor do PIB *per capita*, em 2008, foi de R\$ 14.233,00 registrando-se crescimento de 2,1% em relação ao apurado em 2007, que era igual a R\$ 12.519,00, mas ainda abaixo da média da Região Sudeste, que era igual a R\$ 21.183,00 (FJP, 2010c).

O estado apresentou desenvolvimento moderado, de acordo com o índice IFDM, igual a 0,7846, em 2007. Em relação aos gastos com saúde, passou a cumprir a determinação da EC nº 29, a partir de 2004, conforme apresentado na TAB. 2.

Tabela 2 - Recursos próprios aplicados em saúde, Minas Gerais, 2002 a 2009

<b>Ano</b>	<b>Valores em reais</b>	<b>% conforme EC nº 29</b>
2002	615.545.408,59	6,36
2003	1.106.534.526,59	10,20
2004	1.157.965.539,67	12,16
2005	1.852.247.673,08	12,33
2006	2.172.100.388,37	13,20
2007	2.482.037.920,50	13,30
2008	2.794.207.087,79	12,19
2009	3.200.159.916,09	14,67
<b>Total</b>	<b>15.380.798.460,68</b>	<b>12,31</b>

Fonte: SIOPS/DATASUS. Elaboração própria.

Há que se registrar que existe diferença entre os valores apresentados na TAB. 2, coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com os fornecidos pela SES/MG com os recursos destinados ao financiamento de atividades no âmbito do SUS e que foram os utilizados nesta pesquisa.

Os valores declarados ao SIOPS são os apresentados nos Demonstrativos Consolidados da execução de despesa por função, subfunção, programa e ações da Secretaria de Estado de Fazenda, Subsecretaria do Tesouro Estadual, que consolida a execução da despesa realizada das administrações direta, autarquias e fundações, fundos estaduais e empresas estatais dependentes e coleta dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI/MG).

Para esclarecer as diferenças, buscaram-se os Demonstrativos e verificou-se que na função Saúde apareceram despesas realizadas com descrições que não foram registradas nos gastos informados pela SES/MG para este trabalho.

Os dados de gastos utilizados nesta pesquisa foram aqueles controlados pela Assessoria de Gestão Estratégica da SES/MG para as ações e serviços de saúde, no contexto do SUS, e que beneficiassem todos os municípios do estado. Além disso, estão neles incorporadas as receitas de transferências federais do SUS para o estado, cuja aplicação está sob a decisão da gestão estadual de saúde, que é o objeto deste estudo. Assim, justificam-se as diferenças encontradas.

As buscas de explicações para outras possíveis divergências nas informações sobre gastos em saúde no estado de Minas Gerais fogem ao escopo deste trabalho, mas já foram abordadas por Castro (2007) e ainda poderiam merecer investigação posterior.

Sobre a declaração de despesas em saúde realizadas pelo estado de Minas Gerais, Castro (2007), ao analisar as informações referentes a 2005, mostrou que eram computadas despesas de outros órgãos que não a SES/MG na função saúde, tais como: Polícia Militar de Minas Gerais, Secretaria de Transportes e Obras Públicas, Corpo de Bombeiros Militar, Secretaria de Estado da Defesa Social, Instituto de Previdência dos Servidores, Fundação Estadual do Meio Ambiente, Universidade de Montes Claros, Instituto Mineiro de Agropecuária, COPASA e benefícios previdenciários.

O autor demonstrou que as despesas declaradas estavam em acordo com a Instrução Normativa nº 11 do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, de 2003, sendo reconhecidas por este como gastos em saúde (CASTRO, 2007).

Para avaliar a magnitude do aumento nos gastos em saúde pelo governo estadual no período analisado, buscou-se compará-los com os valores declarados pelas demais esferas de governo.

O GRÁF. 1 exibe a evolução das três categorias de recursos, *per capita*, mostrando as transferências federais, o total de recursos estaduais disponíveis para a SES/MG (não equivalentes aos declarados no SIOPS), os recursos estaduais destinados diretamente aos municípios (incluídos nos recursos estaduais disponíveis para SES/MG), os demais gastos estaduais e as despesas com recursos próprios dos municípios, no período analisado, considerando-se as projeções para o tamanho da população de todo o estado, em cada ano.

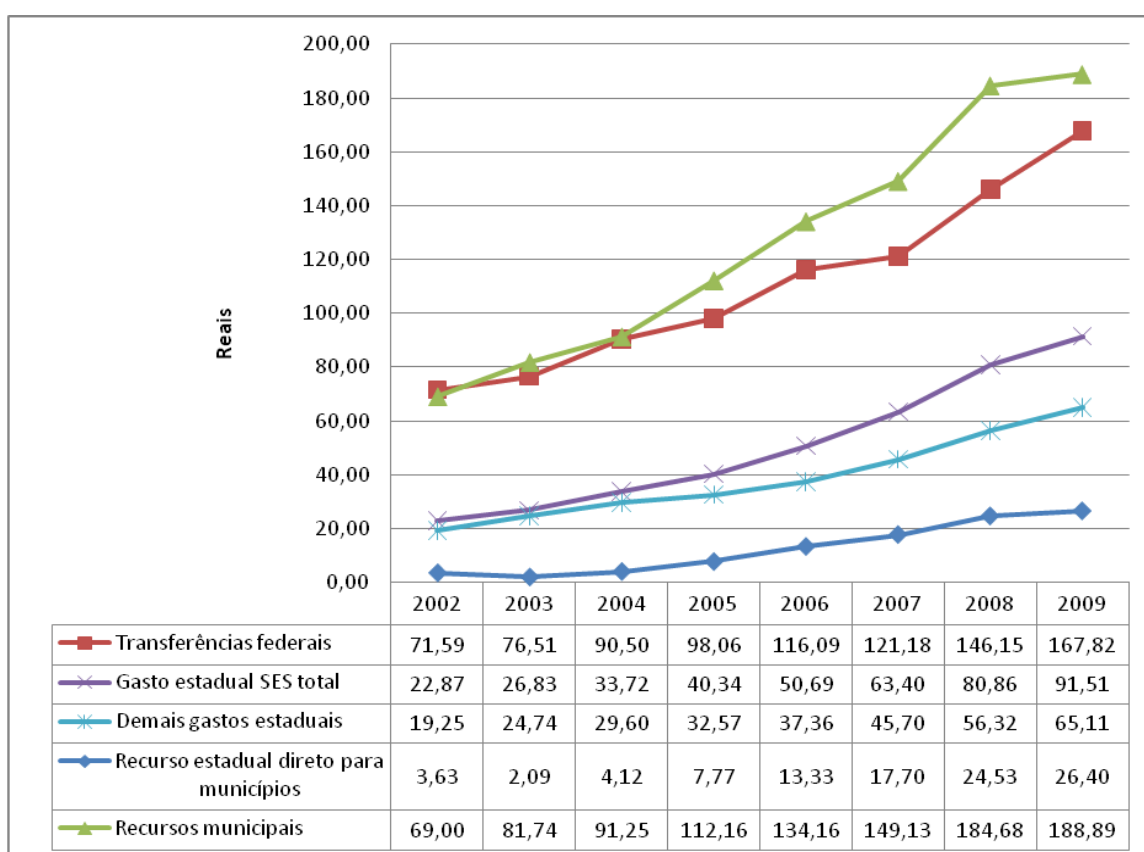


Gráfico 1 - Recursos municipais, estaduais e federais alocados nos municípios e total de gasto estadual da SES, *per capita*, 2002 a 2009.

Fonte: SIOPS/DATASUS; SES/MG. Elaboração própria.

No decorrer do período de 2002 a 2009, as transferências federais somaram R\$ 887,89 *per capita*; o total de recursos estaduais disponíveis para a SES/MG foi de R\$ 410,00 *per capita*; os recursos estaduais destinados diretamente aos municípios, que estão incluídos nos recursos estaduais disponíveis para SES/MG, totalizaram R\$ 99,57 *per capita*, tendo importante aumento desde 2002 e as despesas com recursos próprios dos municípios somaram R\$ 1011,00 *per capita*, nos oito anos da série.

Verifica-se, conforme, a fala do ex-Secretário de Estado de Saúde, que houve mobilização de recursos estaduais para os municípios muito acima dos valores de 2002.

Percebe-se, também, que, embora os repasses para as prefeituras tenham aumentado expressivamente, o volume *per capita* ainda foi reduzido, quando comparado ao gasto próprio dos municípios.

Importa destacar, para os objetivos deste estudo, que o convencimento dos prefeitos para a cooperação envolveu outros recursos financeiros, além dos da saúde. E, além de recursos, houve consistente proposta que atendeu às necessidades expressas pelos municípios, não apenas na área da saúde, mas elaborou-se um conjunto de ações definidas no planejamento governamental (MINAS GERAIS, 2003a; 2003b; 2004a; 2004b) avalizado pelo governo do estado e não só por técnicos, sendo, portanto, apoiadas em grande peso e compromisso político.

Assim, os recursos fizeram parte de uma estratégia de coordenação e cooperação mais ampla por parte do governo estadual, devendo-se compreender a implementação da política de saúde de forma integrada e articulada à política de estado empreendida, no período estudado.

Observe-se que no valor recursos estaduais disponíveis para a SES/MG não estão incluídos todos os recursos estaduais declarados ao SIOPS.

O volume de recursos estaduais originados da SES/MG e encaminhados aos municípios ainda é pequeno, embora tenha tido expressivo aumento de 2002 a 2009, quando comparado às transferências federais. Em consonância, Lima (2006), que, ao analisar a vinculação de recursos orçamentários e as diferenças de acesso a recursos públicos para financiamento do SUS, para o ano de 2002, encontrou que as transferências intergovernamentais da União foram as principais fontes de recursos setoriais para os municípios brasileiros, com baixa cooperação financeira



dos estados no ano analisado. Porém, ressalte-se que neste estudo, encontrou-se que, no período analisado, os municípios aportaram mais recursos *per capita* do que a União.

Lima (2006) chamou a atenção para o fato de que não é por meio das transferências setoriais que os estados atuavam no financiamento de ações e serviços nos municípios, mas indiretamente, coordenando a definição de tetos municipais na PPI e repassando as transferências da União, no caso de estados habilitados na gestão em Gestão Plena do Sistema Estadual, à época. A exceção era o Rio Grande do Sul, que já tinha uma política de investimentos nos municípios, conforme explicado por Cunha (2002).

Conforme observa-se no GRAF. 1, entre as categorias de recursos das três esferas de governo, a que mais aumentou foi a de recursos estaduais, mas ainda permanece com valores absolutos abaixo do declarado pela esfera municipal, já que, na série, partiu de valores que correspondiam a 32% da contribuição da União e 33% dos aportes dos municípios.

Esses resultados mostram a tentativa de recuperação do investimento estadual na área de saúde empreendida pela gestão estadual para possibilitar a efetivação das políticas traçadas, tanto pelo nível federal, quanto, principalmente, pelo governo mineiro, entre elas a de regionalização e de se qualificar como coordenadora do processo.

Sem os aportes financeiros do governo estadual, não é provável que os municípios se disponibilizassem a ser mais cooperativos do tinham sido até então, uma vez que a regionalização já estava proposta e havia um PDR já elaborado desde 2001.

Colocando mais recursos, mesmo que ainda distantes dos patamares da União e dos municípios, o estado procurou reverter um dos efeitos perversos do incremento das transferências regulares da saúde, nas condições do federalismo fiscal brasileiro, relatados por Lima (2006), que é a perda da autonomia alocativa e a segmentação da gestão orçamentária dos tributos destinados à saúde.

A entrada dos novos recursos estaduais poderia, também, reverter ou diminuir os efeitos contraditórios do financiamento público do setor saúde que, segundo Lima (2006), reagiu e se institucionalizou na federação brasileira, marcada por acentuadas desigualdades e desequilíbrios fiscais, numa conjuntura política e econômica adversa à expansão do acesso às ações e aos serviços do SUS.

Um dos efeitos contraditórios destacados pela autora foi a fragilidade dos mecanismos de descentralização do financiamento da política implantados de 1990 até 2002. Lima (2006) afirmou, ainda, que os avanços obtidos foram temporalmente limitados e não alteraram as condições institucionais subjacentes dos municípios e estados beneficiados pelas transferências de recursos federais.

Uma das razões para a manutenção dessas condições foi a tímida participação do estado no financiamento do setor saúde, fosse pelo aporte de receitas próprias ou pelo aumento das transferências aos municípios.

O aporte de novos recursos estaduais negociados com prefeitos e gestores municipais, com alocação definida pelas CIBs micro e macrorregionais, também poderia corrigir outra razão da manutenção das desigualdades não resolvidas pelas transferências federais. Realçadas por Lima (2006), essas desigualdades resumiam-se na não exploração dos mecanismos de transferências horizontais de recursos no SUS (intermunicipais e interestaduais). Se a ausência desses mecanismos comprometia as relações entre os entes subnacionais e dificultava a integração e regionalização dos serviços, conforme afirmou a autora, a gestão estadual do SUS de Minas Gerais atuou para implantá-los e superar as dificuldades para a integração do sistema.

Diante dos arranjos intergovernamentais estabelecidos e da verificação da crescente destinação de recursos aos municípios e do aumento do percentual de despesa com recursos próprios para atender à determinação da EC nº 29, passando Minas Gerais da 21ª posição, em 2002, para a 9ª, em 2009, entre os estados (TAB. 1 e 2), pode-se deduzir que a gestão estadual buscou viabilizar-se como coordenadora da política de saúde no estado, no período. Essa constatação baseia-se em que parte das novas receitas foi condicionada ao desenvolvimento e implantação de políticas intencionadas a reduzir disparidades, diferentemente das transferências tributárias que permitem à autonomia do município decidir sua aplicação.

## 7.2 Avaliando a implementação da regionalização

O segundo objetivo específico deste estudo foi verificar a extensão da implementação da regionalização da assistência, definida nos instrumentos de planejamento e gestão como projeto estruturador, que poderia promover a redução das disparidades inter-regionais no estado.

A política de regionalização no estado de Minas Gerais foi iniciada nos anos 1990, sendo que em 2000, antes das NOAS 2001/1 e 2002/1 serem publicadas, o estado já havia iniciado seu PDR, por definição do PMDI então vigente.

Para avaliar a extensão da implementação da regionalização no período de 2002 a 2009, tomou-se como referência o gasto de recursos estaduais dirigidos a municípios, para o projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” nas microrregiões do estado, assumindo-se que a destinação de recursos financeiros era um indicador da operacionalização da política. Não houve registro de recursos estaduais destinados especificamente para as atividades de regionalização nos anos de 2002 e 2003.

Elaborou-se uma série histórica dos recursos estaduais destinados ao projeto “Regionalização” e aos e demais programas, compreendendo 2002 a 2009. O total dos recursos destinados ao projeto foi obtido somando-se todos os recursos destinados diretamente aos fundos de saúde dos municípios e os pagos aos hospitais participantes do Pro-Hosp<sup>10</sup>.

A TAB. 3 mostra os recursos estaduais gastos pela Secretaria de Estado de Saúde e, do montante, o que foi repassado aos municípios e, ainda, desses recursos, o que foi gasto com a regionalização.

---

<sup>10</sup> Para esse cálculo não foram computados recursos pagos a prestadores (exceto os hospitais participantes do Pro-Hosp), fornecedores e pessoas físicas nos municípios, pois esses recursos poderiam atender outros municípios, inclusive de outras macrorregiões. Por exemplo, um fornecedor de medicamentos, em Belo Horizonte, poderia ser fornecedor para todo o estado, assim, o recurso a ele destinado não beneficiaria apenas o município de Belo Horizonte, mas, também, vários outros.

Tabela 3 - Gastos estaduais, em Reais, com SES, repasses a prefeituras e regionalização, 2002 a 2009

Ano	SES (R\$)	Para prefeituras (R\$)	% da SES enviado a prefeituras	Para Regionalização (R\$)	% da SES para Regionali- zação	% enviado a prefeituras para Regionali- zação
2002	419.536.334,74	66.508.350,95	15,85	0,00	0,00	0,00
2003	497.848.923,17	38.835.170,78	7,80	0,00	0,00	0,00
2004	632.629.142,81	70.814.408,97	11,19	48.780.650,52	7,71	68,89
2005	776.003.444,99	135.154.569,96	17,42	70.701.659,87	9,11	52,31
2006	987.421.997,57	234.790.502,17	23,78	90.748.901,56	9,19	38,65
2007	1.250.151.720,07	325.390.142,79	26,03	182.205.802,33	14,57	56,00
2008	1.604.981.411,89	465.636.224,05	29,01	240.765.952,15	15,00	51,71
2009	1.833.344.110,73	526.603.948,32	28,72	308.546.292,73	16,83	58,59
<b>Total</b>	<b>8.001.917.085,97</b>	<b>1.863.733.317,99</b>	<b>23,29</b>	<b>941.749.259,16</b>	<b>11,77</b>	<b>50,53</b>

Fonte: SES/MG. Elaboração própria.

Observa-se, na TAB. 3, que em 2003 e 2004, que foram os dois primeiros anos do governo iniciado em 2003, houve redução percentual no volume de recursos enviados diretamente aos municípios. Esse intervalo corresponde ao período de reorganização dos processos internos e de preparação para a implantação das políticas traçadas, incluindo a construção e aprovação do PDR 2003-2006, as oficinas de construção da linha-guia e protocolos do programa Viva Vida e outros, de acordo com as resoluções da SES e de Deliberações da CIB/MG consultadas para a pesquisa (MINAS GERAIS, 2003a; 2003c; 2003d; 2003e; 2003f).

Os repasses para municípios atingiram, a partir do ano de 2006, a casa dos 20% das despesas da SES/MG, chegando a 29,01% em 2008 e diminuindo para 28,72%, em 2009.

Pode-se inferir, pela observação da série histórica, que a gestão estadual destinou recursos para estabelecer rede regionalizada de serviços ancorada e contando com a cooperação dos municípios, mediante os investimentos realizados e as negociações políticas entre governo estadual e prefeitos, pois os serviços implantados se localizariam em alguns municípios e estariam sob a gestão destes, mesmo quando iriam servir a cidadãos de outra localidade.

Quanto ao percentual de recursos dedicados ao projeto “Regionalização”, entre os repassados aos municípios variou de 68,89% em 2004 (mais alto percentual) a 38,65% em 2006 (mais baixo percentual), com média igual a 50,53% no período.

Essa alta participação relativa dos recursos para a regionalização no montante enviado aos municípios pode ser considerada representativa da priorização dada à efetivação do programa pela gestão estadual e da extensão de sua implementação.

O outro indicador da extensão da implementação do projeto “Regionalização” foi o percentual de CIBs microrregionais implantadas até o final de 2005, extraído do Acordo de Resultados entre a SES/MG e a Secretaria de Planejamento e Gestão. O Relatório de Avaliação do Acordo de Resultados de março de 2006, referente ao período de julho a dezembro de 2005, informou que foram instaladas, em Minas Gerais, as 75 CIBs microrregionais e 13 CIBs macrorregionais, cumprindo a meta proposta, que era a cobertura de 100% do estado até aquele ano (MINAS GERAIS, 2006).

Ao cotejar o achado trazido pela construção da série histórica mostrando o aumento dos recursos estaduais repassados a municípios, mais a grande participação relativa dos recursos comprometidos com o projeto “Regionalização”, com a informação do Relatório de Avaliação do Acordo de Resultados, conclui-se que os dois movimentos foram concomitantes: o da retomada dos investimentos e o dos acordos e pactuações necessárias para estabelecer serviços que atendessem aos municípios e às microrregiões a que pertenciam.

Pode-se supor, também, que o maior comprometimento inicial (68,89% em 2004) se deveu à fase de implantação do projeto Pro-Hosp e das CIBs, esta completada em 2005.

Entrevista do Secretário de Estado de Saúde à época, realizada na fase exploratória da pesquisa, havia esclarecido preliminarmente este ponto, ao informar que eram realizados encontros com prefeitos. Nesses encontros, faziam-se as proposições planejadas pela SES e acordavam-se sobre os recursos que seriam disponibilizados para a implantação e/ou manutenção dos serviços, para seus municípios e para aqueles localizados em seus municípios que serviriam a outros.

O Secretário relatou, ainda, que esse procedimento foi adotado para todas as regiões do estado e após essas negociações os acordos eram levados às CIBs

microrregionais e macrorregionais para a discussão e formalização da pactuação, caso houvesse consenso<sup>11</sup>.

Em relação aos recursos destinados a promover a regionalização, a TAB. 3 mostra que a SES empregou 11,77% de seus recursos disponíveis no projeto estruturador do ano de 2004 a 2009 (no ano de 2004 iniciou-se o projeto inscrito no PPAG 2004-2007) e que, nos recursos destinados aos municípios, 50,53% foram gastos com ações dirigidas ao mesmo objetivo.

Encontram-se incluídos nos recursos para o projeto “Regionalização” aqueles destinados aos programas associados Pro-Hosp e Viva Vida, além de despesas com ações e serviços dirigidos ao objetivo de regionalização que não estivessem cobertos pelos dois programas, que se constituíram em atividades programáticas de gastos da SES, tais como: rede de urgência e emergência, Câmara de Compensação Bipartite da PPI, fortalecimento da saúde em pequenos municípios, implantação de Centros de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), Sistema Estadual de Regulação em Saúde e Sistema Estadual de Transporte em Saúde.

Ao observar toda a série, apreende-se que quase um quarto (23,29%) dos recursos disponíveis para a SES foi destinado aos municípios no período, para todos os programas. Isso representa, no contexto da política planejada, a decisão da gestão estadual de construir os sistemas microrregionais de saúde que necessariamente se constituem a partir da cooperação do ente municipal autônomo, no caso da federação brasileira.

Os gastos com municípios e regionalização, como tradução do esforço de transformar a municipalização extremada em regionalização cooperativa, guardam coerência com a proposta de sistemas de serviços de saúde defendida por Silva e Mendes (2004) e com os documentos oficiais publicados e consultados, quais sejam: o PMDI 2003-2020, o PPAG 2004-2007, o PPAS 2004-2007, o PDR 2003-2006, bem como as Resoluções SES/MG nº 042, 043, 045, 048 e 082 (MINAS GERAIS, 2002; 2003a; 2003b; 2003c; 2003d; 2003f; 2003g; 2003h; 2003i; 2004a).

Para entender o quanto representou o gasto estadual com a regionalização, o GRÁF. 2 apresenta a evolução dos recursos estaduais, em valores *per capita* aplicados em todo o estado de Minas Gerais, dirigidos a municípios, separados por

---

<sup>11</sup> Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva. Comunicação pessoal. Juiz de Fora, 22 de agosto de 2010.

programas, de acordo com as funcionais programáticas utilizadas pela SES/MG para identificar cada programa, no período estudado.

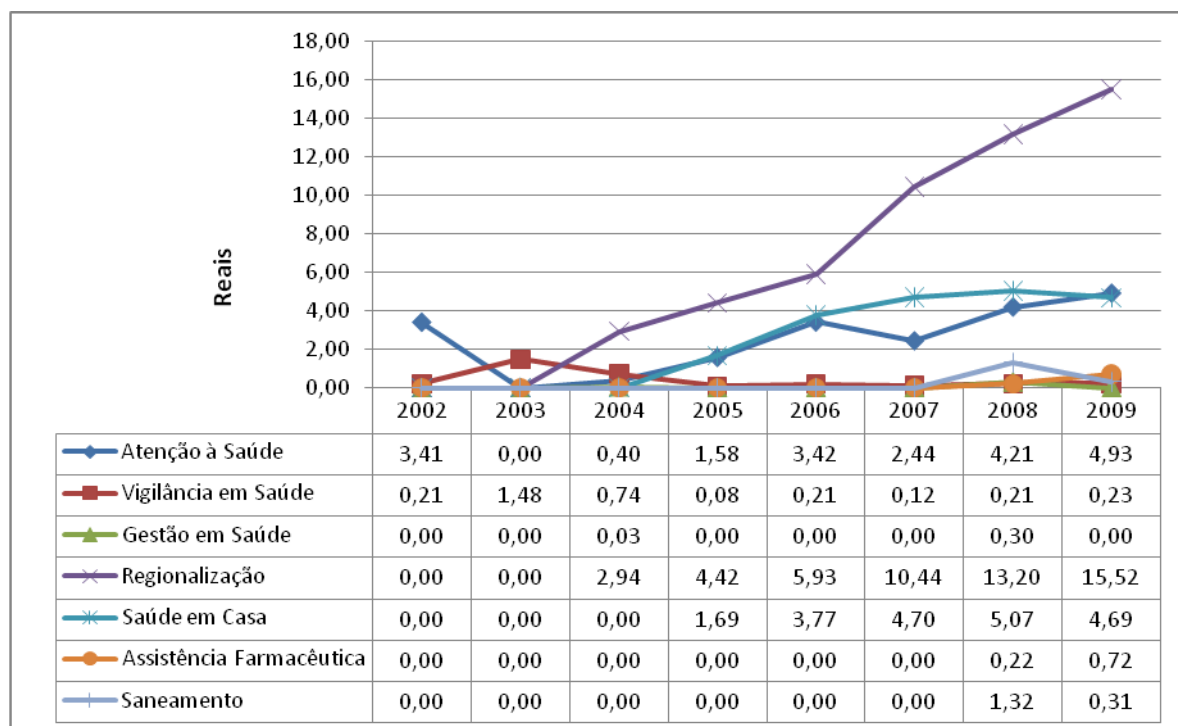


Gráfico 2 - Recursos estaduais *per capita* para municípios, em Reais, por programa, 2002 a 2009.

Fonte: SES/MG. Elaboração própria.

Conforme o GRÁF. 2, a regionalização recebeu, a partir do ano de 2004, um volume de recursos bem mais expressivo do que os alocados nos outros programas, formando uma curva ascendente até o fim do período.

A definição do ponto de corte para os períodos “antes” e “depois” deste estudo baseou-se nessa distribuição de recursos, já que houve inflexão na trajetória ascendente de destinação dos recursos para o projeto “Regionalização”. O período “antes” foi de 2002 a 2005 e o “depois”, de 2006 a 2009.

Comparando até mesmo com o outro projeto estruturador, o “Saúde em Casa”, que visou a estruturar e/ou fortalecer a atenção primária nos municípios que aderissem à PSF, o gasto *per capita* com a Regionalização foi mais que o dobro no período, recebendo 55,32% dos recursos, enquanto o Saúde em Casa recebeu 21,02% dos gastos com municípios.

A trajetória ascendente da curva e o percentual de recursos referentes à regionalização são a evidência empírica construída por este estudo, que demonstra a materialização da decisão e o cumprimento dos planos PMDI, PPAG e PPAS, pela SES/MG.

O segundo maior gasto mostrado no GRÁF. 2 foi com o programa Atenção à Saúde, que se destina às redes assistenciais: saúde indígena, bucal, mental e portadores de deficiência e de doenças sexualmente transmissíveis (DST), como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), etc. e atingiu 21,49%.

Essa composição de gastos por programas, uma construção inédita deste trabalho, é indicativa da aplicação do princípio declarado como norteador da política estadual do período, a regionalização, como sendo necessária para reverter a pulverização de recursos nos municípios, geradora da fragmentação do sistema e que desqualifica a assistência (DAIN, 2000). É necessária também para caminhar na direção da construção dos sistemas microrregionais que podem trazer os benefícios descritos por Silva e Mendes (2004).

A decisão da gestão estadual de investir recursos financeiros na regionalização de forma a organizar os sistemas microrregionais contribui para diminuir as diferenças entre municípios na sua capacidade de ofertar serviços. Para Dain (2007), o mecanismo de transferências fundo a fundo é incapaz de corrigir essas diferenças, mantendo as desigualdades preexistentes.

A autora afirmou que, embora sejam extremamente variados, os incentivos financeiros federais não obedecem a critérios voltados para a correção da heterogeneidade na organização de redes de serviços (DAIN, 2007). Assim, a forma encontrada pela SES/MG para a distribuição de recursos aos municípios parece atender à observação da autora sobre a necessidade de rever critérios de repasse para conformar redes assistenciais.

Considera-se, diante desses resultados e com base nos indicadores, que o projeto “Regionalização da Assistência” alcançou elevado grau de implementação no período analisado, pelo número de CIBs implantadas e pelo crescente volume de recursos estaduais aplicados nos municípios, ancorados em pactuações para a construção da rede regionalizada de serviços, traduzindo a participação efetiva do ente estadual na política definida no planejamento governamental para alcançar a redução das desigualdades.



### 7.3 Mudanças para as populações das microrregiões

A análise das microrregiões evidenciou desigualdades entre elas, em algumas características, no período analisado.

A TAB. 4 mostra algumas variáveis que ilustram a riqueza, o desenvolvimento social, aspectos demográficos relativos ao envelhecimento, o acesso a alguns serviços e condições de saúde nos períodos “antes” e “depois”.

Tabela 4 - Características selecionadas das microrregiões, no período antes e depois

Variável	Antes (2002-2005)				Depois (2006-2009)				Diferença Depois-Antes	valor-p	Diferença %
	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP			
PIB <i>per capita</i>	1,61	16,56	5,16	2,89	1,75	19,75	5,55	3,15	0,40	0,0000	7,70
IFDM	0,49	0,81	0,67	0,08	0,56	0,81	0,71	0,05	0,03	0,0000	4,94
% de idosos (65 anos ou mais)	3,68%	9,52%	6,57%	1,17%	4,34%	10,41%	7,73%	1,34%	1,16%	0,0000	17,60
Leitos SUS / 1000 habitantes	0,89	7,27	2,35	1,05	0,42	4,90	1,80	0,81	-0,55	0,0000	-23,26
Leitos UTI / 100 mil habitantes	0,00	15,60	2,95	3,71	0,00	26,45	7,11	6,19	4,15	0,0000	140,61
Mamógrafos / 200 mil habitantes	0,00	2,99	0,73	0,60	0,00	3,26	0,98	0,68	0,26	0,0000	35,29
Razão de mamografias por mulher de 50-69 anos	0,00	0,72	0,15	0,16	0,00	0,82	0,18	0,15	0,04	0,0002	26,42
Taxa de internação / 1000 habitantes	44,95	95,22	68,30	9,22	39,98	91,87	61,71	8,78	-6,59	0,0000	-9,64
% de internação CSAA no total de internações	18,45%	43,45%	30,53%	5,80%	18,95%	43,16%	29,43%	5,97%	-0,01	0,0003	-3,61
Taxa de internação por IAM / 100 mil habitantes	3,99	102,02	34,51	20,29	7,90	116,85	41,95	23,05	7,44	0,0000	21,56
Taxa de internação por AVC / 100 mil habitantes	0,00	57,24	13,40	12,54	0,79	53,90	11,90	11,24	-1,49	<b>0,3226</b>	-11,14
Razão de mortalidade materna / 100 mil nasc. vivos	0,00	86,24	39,22	23,21	0,00	155,04	36,38	30,45	-2,84	<b>0,5154</b>	-7,24
TMI Neonatal / 1000 nascidos vivos	7,83	23,19	13,17	2,74	6,76	37,51	12,87	4,43	-0,30	<b>0,4850</b>	-2,29
Taxa de Mortalidade por IAM / 100 mil habitantes	6,71	79,99	29,70	16,55	8,82	78,98	32,94	16,32	3,23	0,0000	10,89
Taxa de Mortalidade por AVC / 100 mil habitantes	27,93	92,05	52,21	14,17	29,99	88,63	51,86	12,67	-0,35	<b>0,6701</b>	-0,67

Fonte: FJP; FIRJAN; IBGE; DATASUS; SES/MG. Elaboração própria.

TMI: taxa de mortalidade infantil; IAM: infarto agudo do miocárdio; AVC: acidente vascular cerebral.

Nota-se que tanto no período “antes” como no “depois”, houve significativa diferença na riqueza produzida entre as microrregiões, revelada pelo PIB *per capita*, tendo a microrregião mais rica um PIB dez vezes mais alto, aproximadamente, do que a mais pobre. Já em relação ao desenvolvimento social, medido pelo IFDM, as diferenças também foram expressivas, mas com tendência a diminuir.

As variáveis relativas a serviços e condições de saúde selecionadas para a TAB. 4 foram de áreas ilustrativas da política de regionalização, como a melhoria do

acesso ao cuidado hospitalar (objetivo do Pro-Hosp) e aos serviços que propõem redução de morte materna e infantil, além do aumento de cuidados à saúde da mulher (objetivos do Programa Viva Vida e áreas prioritárias do Pacto pela Vida, monitorado pelo Ministério da Saúde).

Selecionou-se a taxa de mortalidade infantil neonatal pelo fato de sua redução depender de medidas como a melhoria na qualidade dos serviços de saúde (LANSKY, 2010), portanto, mais sensível ao cuidado pelo serviço do que a taxa de mortalidade infantil (PEREIRA, 2000).

Em relação aos serviços disponíveis, serão destacados apenas alguns indicadores, tendo em vista sua importância para o processo saúde e doença e por representarem áreas-alvo da política de regionalização e/ou de prioridades pelo Pacto pela Vida.

Um exemplo são os leitos de UTI, que exigem hospitais com mais densidade tecnológica e que representam uma área de grande demanda e dependência informal e não cooperativa, do ponto de vista institucional, entre gestores. O acesso era conseguido, muitas vezes, por meio de solicitações pessoais, privilegiando aqueles que tinham mais e melhores relações com os gestores de municípios-polo ou alguma afinidade política ou mesmo partidária com esses governos municipais.

Essa situação, embora distante no tempo em que ocorre, parece bastante próxima da descrita para a primeira metade do século XX, em que os trabalhadores rurais necessitados buscavam apoio e solução para seus problemas, principalmente os de saúde, no chefe político local, que era tido como capaz de resolvê-los, por meio do seu conhecimento e relações (LEAL, 1977).

A surpresa, na situação do século XXI, era essa demanda ser sistematicamente acolhida e estimulada até mesmo por quadros do sistema de saúde que, na obrigação de servidores públicos, deveriam estar comprometidos com a aplicação das regras do sistema. Este é um fator de desigualdade de acesso e bastante presente na burocracia das secretarias municipais de saúde.

Se na fundação do SUS o movimento organizado dos trabalhadores da saúde foi importante e atuou como forte e qualificado grupo de pressão, caberia investigar o papel dos quadros no serviço público de saúde, nas dificuldades vivenciadas em relação à manutenção e aos necessários avanços do SUS, como uma política pública de vocação universalista e inclusiva, que tem nos seus fundamentos a saúde como direito, independentemente da filiação partidária ou de relações pessoais.

A importância de um sistema de base universal que garanta o acesso à saúde como direito está na origem da proposta de regionalizar serviços. Ela é especialmente importante em países (ou estados) que têm parte da população em situação de pobreza e, em consequência da pobreza e do território em que vivem, não dispõem de serviços oferecidos em outros centros, já que a implantação de serviços, no Brasil, historicamente seguiu a lógica do mercado.

Os resultados da pesquisa mostraram que a média de leitos de UTI por 100 mil habitantes era, no período “antes”, igual a 2,95, passando a 7,11 no período “depois”. Esse aumento pode ser considerado um grande ganho para a população do estado, tendo em vista que o acesso a esse equipamento pode fazer diferença no desfecho de eventos adversos à saúde, principalmente os agudos (CONCANNON *et al.*, 2010).

Além de observar o aumento do número de leitos de UTI, para atender aos critérios de acesso definidos pelo PDR e de equidade, é necessário que sua distribuição no território permita sua disponibilização e utilização pelo cidadão no momento em que dele necessita (DAIN, 2003). A próxima seção analisará se os equipamentos se aproximaram dos cidadãos.

Analisando o número de leitos hospitalares (leitos comuns), constatou-se que foi reduzido em 23,26%, o que era esperado pela política de regionalização, que teve o propósito de melhorar o acesso, mas incluiu a redução do número excessivo de hospitais com reduzido número de leitos, para aumentar a resolutividade e a eficiência, aumentar a taxa ocupação e reduzir as taxas de permanência, conforme explicou Lima (2009) ao analisar o programa Pro-Hosp.

No caso da política estadual, a redução de leitos poucos resolutivos, de hospitais que consumiam uma AIH sem responder ao problema do paciente, para depois enviá-lo a um município com mais capacidade de resolução, foi definida com amparo na estrutura proposta no PDR para acessibilidade geográfica e viária. Nesta, a distância até o polo da microrregião deveria ter, no máximo, 150 quilômetros em estrada de asfalto ou, no máximo, duas horas em condições viárias deficientes, permitindo o acesso de qualquer paciente (MINAS GERAIS, 2004a).

A redução de leitos em Minas Gerais pode ter sido causada pela intervenção da política estadual, mas pode ter seguido a tendência nacional encontrada pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, do IBGE, no período de 2005 a 2009. A taxa nacional, em 2009, foi de 2,3 leitos/1.000 habitantes (BRASIL, 2006b; IBGE,

2010); a média em Minas Gerais foi de 1,8/1.000 habitantes no período “depois”, ambas abaixo do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, de 2,5 a 3,0 leitos/1.000 habitantes.

Acompanhando a redução do número de leitos hospitalares, lê-se, na TAB. 4 que a taxa de internações também baixou de 68,30/1000 habitantes no período “antes” para 61,71/1000 no período de 2006 a 2009. Era esperado que houvesse a redução da taxa geral de internação, tendo ocorrido redução dos leitos disponíveis.

A tendência à redução na internação hospitalar foi também observada no mesmo período, no Brasil. Segundo dados do IBGE, houve queda relativa de 0,26% no número de internações em 2008 no país, em relação às internações no ano de 2004 (BRASIL, 2006b; IBGE, 2010).

A variação para menos na taxa de internação deve ser analisada em conjunto com o indicador “percentual de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no total de internações” (% internação CSAA), que foi utilizado pela gestão estadual para avaliar o desempenho do sistema, em especial da atenção primária. Houve redução nesse indicador, mostrando tendência à diminuição das internações desnecessárias, o que também contribui para a diminuição das internações totais, sendo as duas situações, em geral, consideradas positivas para a saúde da população.

Aspecto positivo também revelado na TAB. 4 refere-se ao aumento do número de mamógrafos disponíveis no estado. De 2006 a 2009 houve aumento de 35,29% em relação ao período “antes”, evidenciando o alcance de um dos objetivos da regionalização, especificamente do Programa Viva Vida, de disponibilizar, nos Centros Viva Vida, a utilização das mamografias.

Destaque-se também o indicador “razão de mamografias por mulher de 50 a 69 anos”. Houve registro de aumento de 26,42% na razão, embora menos do que o aumento no número de mamógrafos/200 mil habitantes (igual a 35,29%). Dain (2003), tratando da equidade no acesso aos serviços, lembra que disponibilizar o serviço não significa, automaticamente, que o acesso seja ampliado, pois a disponibilização pode não se transformar em imediata utilização. Mas é preciso considerar que a utilização dos equipamentos em sua capacidade plena, do ponto de vista do acesso, pode não ser vantajosa para a população. Determinada capacidade ociosa comporta aumentos no tamanho da população durante certo período de tempo, sem comprometer a disponibilidade de vagas.

Apareceram, na análise, algumas microrregiões sem registro para a razão de mamografia (ou com valores tão baixos que a operação de cálculo do indicador o aproxima do valor nulo), mesmo no período “depois”. Apesar disso, a média do indicador aumentou, além de ter atingido a meta Brasil proposta pelo Pacto pela Vida, para o ano de 2010 e 2011 (metas iguais a 0,12 e 0,16, respectivamente), quando se toma o conjunto das microrregiões. Porém, não se alcançou o parâmetro da CIB/MG, acordado em 2007, que seria igual a 0,3, necessitando, portanto, da continuidade do esforço do estado e dos municípios.

Pelos dados obtidos, sabe-se que as microrregiões sem registro correspondem a quatro microrregiões na macrorregião Nordeste; três na Norte; duas na Sudeste e uma na macrorregião Leste.

Esse achado difere do encontrado por Alves *et al.* (2010) que, em seu estudo sobre a regionalização da assistência na macrorregião Sudeste, apresentaram somente valores diferentes de zero para o indicador (razão de mamografias por mulher de 50 a 69 anos) para todas as macrorregiões, no ano de 2007, ficando a macro Nordeste com o valor mais baixo, igual a 0,11, naquele trabalho.

Essa diferença é decorrente da unidade de análise utilizada pelos dois estudos: a presente pesquisa utilizou como unidade a microrregião e a de Alves *et al.* (2010), a macrorregião. Se houver pelo menos uma microrregião dentro da macrorregião com valor diferente de zero, a média será também diferente de zero. Sendo a microrregião uma unidade com menor número de municípios, existe a probabilidade de que todos eles apresentem valor nulo.

Houve registro de aumento da taxa de internação por infarto do miocárdio, que aparece com o valor de 41,95/100 mil habitantes, e também da taxa de mortalidade por este evento, que registrou 32,94 óbitos/100 mil habitantes no período depois.

Analisando as duas informações em conjunto, observa-se, ainda, na TAB. 4, que a taxa de mortalidade teve aumento de 10,89% no período, menor do que o aumento na taxa de internação por infarto do miocárdio que foi igual a 21,56%, o que pode ser atribuído a acesso mais rápido e de mais qualidade.

Este achado corrobora Concannon *et al.* (2010) e Nichol *et al.* (2010), que relataram que a regionalização de serviço de atenção ao IAM trouxe benefícios tais como redução da mortalidade e dos custos da atenção.

Ao analisar os dois indicadores acima, é necessário considerar que a proporção de idosos na população aumentou no período, passando de 6,57%, na média, para 7,73%, acompanhando o crescimento dos indicadores.

Os serviços devem estar preparados para oferecer atenção primária de qualidade para o cuidado dessa população e para atendê-la nos eventos agudos, o que é o caso do evento analisado (IAM). O aumento da proporção de idosos aumenta a ocorrência do evento.

Destaque-se, ainda, que houve redução na taxa de internação e de mortalidade por AVC, bem como na da razão de mortalidade materna e da taxa de mortalidade infantil neonatal (óbitos até 28 dias após o nascimento).

Embora as diferenças entre “antes” e “depois” não tenham se mostrado estatisticamente significativas, quando realizado o teste “t” de Student, qualquer redução nos eventos, especialmente nos dois últimos, merece ser considerada meritória pela relevância social desses desfechos e de suas causas, geralmente ligadas à disponibilidade de cuidado, sendo os maiores indicadores nas populações mais pobres.

A redução observada na taxa de mortalidade infantil neonatal que respondeu, no período analisado, por 69,5% da taxa de mortalidade infantil nas microrregiões, significa o ganho de 439 crianças que ficaram vivas no período. Além da importância ética e humana, deve ser destacada a melhoria nos serviços, dada a dificuldade de baixar esse indicador, muito associado, conforme se nota no trabalho de Lansky (2010), ao desempenho dos serviços que atendem ao parto e puerpério.

Diante dos resultados apresentados, conclui-se que houve mudanças nos aspectos socioeconômicos, demográficos e relativos aos serviços de saúde, bem como em algumas condições de saúde, medidas pelos indicadores de mortalidade.

Das 15 características mostradas, houve alteração para melhor, no período “depois”, de 10, sendo que o projeto “Regionalização” atuou diretamente sobre o número de leitos hospitalares comuns e de UTI, a distribuição de mamógrafos e outros serviços relacionados à saúde da mulher e da criança, nos Centros Viva Vida, instalados nas macrorregiões.

Pode-se concluir que houve melhoria no acesso a leitos de UTI e aos serviços de mamografia, bem como redução da razão de mortalidade materna e infantil neonatal, tendo algum nível de envolvimento do programa de regionalização com essa melhoria.

#### 7.4 Alteração na distribuição dos recursos nas microrregiões

Tendo sido incluído no PPAG 2004-2007, o projeto “Regionalização da Assistência” obteve recursos estaduais novos para atender aos objetivos traçados no planejamento governamental, respondendo, inclusive, a uma demanda dos setores envolvidos com a saúde em Minas Gerais, tendo-se em vista a defasagem entre as despesas com recursos próprios declarados pelo estado e o recomendado pela EC nº 29 nos anos iniciais da série histórica, quais sejam, 2002 e 2003.

Já foi mostrado que os recursos estaduais e, especialmente, os vinculados ao projeto “Regionalização” tiveram importante aumento na série histórica analisada para todo o estado (GRÁF. 1 e 2).

A TAB. 5 apresenta os recursos provenientes das três esferas de governo nos períodos “antes” e “depois”, porém utilizando a população de cada microrregião para encontrar os valores *per capita*.

Tabela 5 - Gastos por nível de governo nas microrregiões, em Reais *per capita*, antes e depois

Variável	Antes (2002-2005)				Depois (2006-2009)				Diferença	valor-p	Diferença
	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP	Depois-Antes		%
Transferências federais	24,06	167,70	61,47	29,53	46,60	267,79	106,49	44,51	45,01	0,0000	73,22
Recursos estaduais para Prefeituras	0,20	42,04	3,22	4,91	8,48	52,16	21,40	7,73	18,18	0,0000	564,47
Recursos estaduais Regionalização	0,17	6,79	1,93	1,49	2,06	33,98	11,57	5,79	9,64	0,0000	498,94
Recursos municipais	39,46	177,05	83,27	24,81	87,35	283,26	156,55	42,57	73,28	0,0000	88,00

Fonte: SIOPS/DATASUS; SES/MG. Elaboração própria.

Chama a atenção nas informações sobre gastos *per capita*, por esfera de governo, nas microrregiões, a diferença no volume de recursos despendidos, sendo os estaduais sempre menores, como mostrado na série histórica elaborada para todo o estado, mostrada no GRÁF. 1.

Outro ponto a ser destacado, que não aparece na TAB. 5, mas que os dados evidenciaram, é a grande diferença nos aportes *per capita* para as microrregiões.

No período “antes”, as microrregiões que receberam os mais baixos valores *per capita* de transferências federais foi a de Coronel Fabriciano, na macrorregião Leste; e de recursos estaduais foi a de Itabirito, na macrorregião Centro.

Os valores mais altos de transferências federais foram para a microrregião de Belo Horizonte/Nova Lima e Caeté, na macrorregião Centro, sendo explicados pelo grande volume de serviços instalados na região, mais intensamente em Belo Horizonte.

No período “depois”, os mais baixos valores para transferências federais foram, novamente, para a microrregião de Coronel Fabriciano; e de recursos estaduais foram para a de Contagem, na macrorregião Centro.

Já os mais altos valores de transferências federais se destinaram à microrregião de Montes Claros/Bocaiúva, na macrorregião Norte, sendo que o valor máximo de recursos estaduais foi para a microrregião de Brasília de Minas/São Francisco, também na macrorregião Norte.

Em Brasília de Minas, na macrorregião norte, foi implementado um Centro Viva Vida de Atenção Secundária e os recursos são enviados ao gestor municipal, para atender à população de toda a macrorregião.

Em Montes Claros, foi organizada pela SES/MG a rede de atenção à urgência e emergência integrando os pontos de atenção, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com classificação de portes de hospitais com suas referências microrregionais, protocolos de acesso e um hospital macrorregional.

A explicação sobre os serviços localizados na região é para melhor compreensão do achado sobre a destinação de recursos para a macrorregião Norte do estado, que até o PDR 2003-2006 estava incluída nos vazios assistenciais então diagnosticados.

O achado é ilustrativo da importância dos investimentos estaduais em regiões onde não existiam equipamentos públicos disponíveis. Com a implantação da rede de atenção, o investimento estadual começou a direcionar os recursos federais de custeio para territórios aonde antes esses chegavam menos expressivamente.

É sintomático, também, que a região Centro não foi a que recebeu, na média do período, os maiores aportes dos recursos federais.

Pode-se considerar essa mudança como um início da reversão do quadro relatado por Lima (2006), ao explicitar o financiamento da saúde nos municípios. Ela enfatiza que os recursos exclusivos da saúde, atrelados à capacidade instalada e



produção eram dirigidos aos grandes municípios, inclusive compensando suas perdas no FPM. E acrescentou que os pequenos municípios, dependentes do recurso federal, não conseguiriam ampliar sua capacidade de receber recursos vinculados à saúde, por já apresentarem cobertura mais elevada do PSF, e que também não conseguiriam mais recursos pela via da implantação de serviços de média e alta complexidade, já que isso poderia implicar a dificuldade de manutenção, pois a saúde envolve economias de escala e a influência da mobilidade dos cidadãos poderia exercer sobre custos e qualidade desses serviços (LIMA, 2007).

A distribuição de recursos estaduais no estado do Rio Grande do Sul, utilizando critérios que consideravam a condição socioeconômica dos municípios para alocação, obteve resultado semelhante ao de Minas Gerais, no sentido de desconcentrar os recursos na direção de regiões mais pobres (no caso do Rio Grande do Sul, municípios) (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

Isso reforça a tese da necessidade da intervenção do ente estadual no sistema de saúde para a produção de equidade e, portanto, da inclusão social, aumentando o potencial de desenvolvimento de todos os indivíduos, nos seus territórios, além de atender ao mandamento constitucional da promoção da equidade.

Ao planejar e implementar redes de atenção redistribuindo investimentos e equipamentos públicos, considerando as necessidades das pessoas nos seus territórios, os recursos e a coordenação estadual podem induzir a realocação dos recursos federais de custeio, reduzindo, gradativamente, o quadro de vazios assistenciais e a distância entre os cidadãos de um mesmo estado, que antes possuíam, na prática, graus diferentes de cidadania.

A TAB. 6 disponibiliza as médias de recursos federais, estaduais e municipais *per capita*, no período “antes” e “depois”, mostrando a variação dos recursos por macrorregião, embora essa não tenha sido a unidade de análise escolhida para este estudo. Resolveu-se apresentar essa agregação para se ter ideia global da movimentação dos recursos pelo território.

Tabela 6 - Variação dos gastos por nível de governo, por macrorregião, Reais *per capita* acumulados, antes e depois

Macrorregião	Federal antes	Federal depois	Diferença %	Estado antes	Estado depois	Diferença %	Município antes	Município depois	Diferença %
Jequitinhonha	390,27	749,29	91,99	15,99	236,07	1.375,99	471,36	1.026,71	117,82
Oeste	1.377,98	2.332,45	69,27	39,53	468,86	1.086,18	1.951,98	3.650,40	87,01
Centro	2.699,30	4.321,57	60,10	79,15	707,75	794,14	4.179,22	8.096,64	93,74
Nordeste	1.626,91	3.329,78	104,67	88,88	771,40	767,94	1.958,51	3.653,34	86,54
Triângulo do Norte	646,95	1.089,80	68,45	21,60	185,96	761,02	1.170,19	2.161,14	84,68
Leste	1.619,32	2.926,71	80,74	73,52	565,06	668,58	2.327,17	4.345,02	86,71
Leste-Sul	887,76	1.650,31	85,90	39,43	266,92	576,96	831,37	1.626,69	95,66
Norte	2.598,70	4.652,58	79,03	178,21	1.174,06	558,83	2.111,47	4.139,98	96,07
Centro-Sul	1.144,80	1.858,64	62,36	43,14	277,39	542,95	985,13	1.934,63	96,38
Sudeste	1.859,99	3.186,86	71,34	109,49	683,72	524,43	2.624,96	4.782,98	82,21
Triângulo do Sul	858,21	1.183,91	37,95	33,33	184,57	453,83	1.578,31	2.725,45	72,68
Sul	2.486,60	4.200,53	68,93	564,27	815,23	44,48	4.421,34	8.066,94	82,45
Noroeste	491,57	889,64	80,98	175,19	169,28	-3,37	703,21	1.381,65	96,48

Fonte: SIOPS/DATASUS; SES/MG. Elaboração própria.

Ao analisar a variação dos recursos por macrorregião, verifica-se que a macrorregião onde houve o maior aumento relativo de investimento de recursos estaduais nos municípios foi a do Jequitinhonha, uma das mais pobres do estado. Lá também se detectou o maior aumento relativo de recursos municipais e o segundo maior relativo das transferências federais.

Quando se analisam os valores absolutos, percebe-se que a macrorregião que recebeu mais recursos estaduais e federais dirigidos aos municípios, no período “antes”, foi a Sul, vindo em seguida Centro, Norte, Sudeste, Nordeste, Leste, Oeste, Centro-sul, Leste-sul, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Noroeste e Jequitinhonha.

No período “depois”, a classificação da que mais recebeu para a que recebeu menos recursos estaduais e federais direcionados para os municípios passa a ser: Norte, Centro, Sul, Nordeste, Sudeste, Leste, Oeste, Centro-sul, Leste-sul, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Noroeste e Jequitinhonha.

Verifica-se movimento dos recursos em direção às regiões Norte e Nordeste, que se elevaram na classificação, mas o Jequitinhonha, apesar do aumento relativo, continua a ser a macrorregião em que municípios recebem menos, ainda

necessitando ampliar a capacidade instalada para atrair recursos federais de custeio.

Para avaliar se os recursos estaduais destinados aos municípios conseguiram atrair os recursos federais para as regiões onde foram investidos, analisou-se a correlação entre os recursos dos dois níveis de governo “antes” e “depois”, que são mostrados nos GRÁF. 3 e 4.

O GRÁF. 3 mostra a correlação entre os recursos federais e os estaduais no período “antes”.

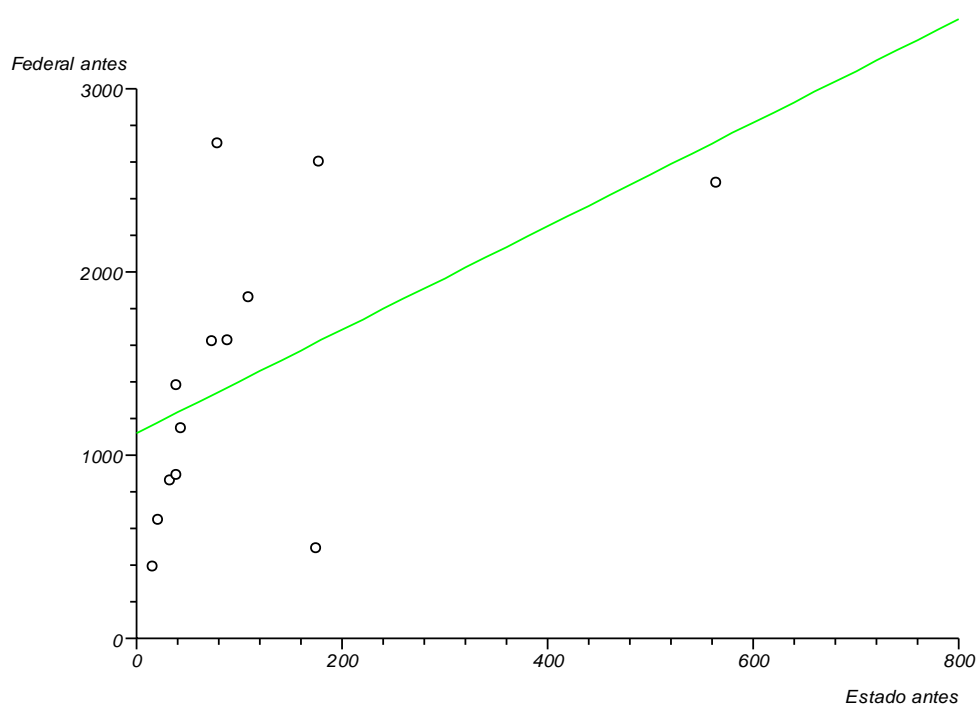


Gráfico 3 – Recursos federais e estaduais alocados nos municípios, por macrorregião, em Reais *per capita* acumulados, antes.

Fonte: SIOPS/DATASUS; SES/MG. Elaboração própria.

Como se observa no GRÁF. 3, não há vinculação aparente entre investimentos estaduais e federais nos municípios, agregados por macrorregiões.

Não importa o valor do recurso estadual, há grande variação do federal. O coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) foi igual a 0,52 e a variação dos recursos do estado só explicou 27% da variação dos recursos federais.

Sabendo-se que as regiões mais beneficiadas pelas transferências federais são as de mais capacidade instalada, a perspectiva, caso não haja investimentos, como proposto no PDR e no PDI, é não se preencherem os vazios assistenciais.

No GRÁF. 4 demonstra-se a correlação dos dois tipos de recursos distribuídos por macrorregiões, no período “depois”.

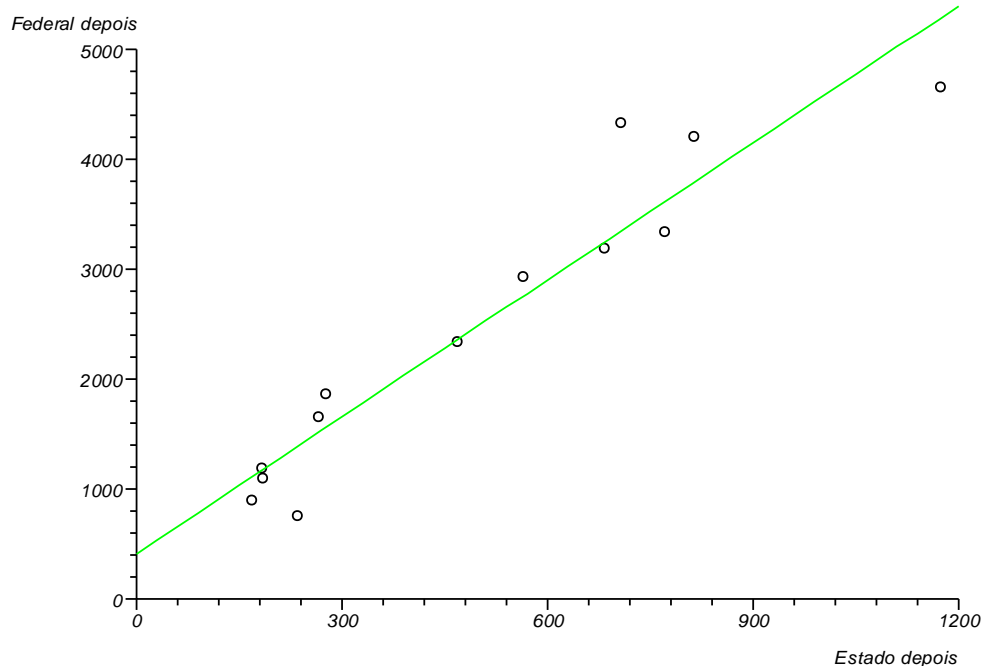


Gráfico 4- Recursos federais e estaduais alocados nos municípios, por macrorregião, em Reais *per capita* acumulados, depois.

Fonte: SIOPS/DATASUS; SES/MG. Elaboração própria.

Nota-se que os recursos estaduais atraíram os recursos federais no período “depois”, havendo alta correlação entre os dois tipos de recursos (o coeficiente de correlação de Pearson foi igual a 0,95, sendo que a variação do recurso estadual explicou 90% da variação do federal).

Esta análise confirma a importância da intervenção do ente estadual na alocação de recursos no território. Em Minas Gerais, devido à utilização da fórmula de alocação equitativa na atenção primária e conforme confirmado na análise por micro e por macrorregião, os recursos destinados a municípios (onde se localizam os serviços) mostraram tendência a se deslocarem na direção de regiões menos favorecidas, podendo-se concluir que a intervenção colaborou para iniciar a redução das desigualdades.

É necessário lembrar que, no total de recursos estaduais analisados por micro e macrorregião, não estão incluídos aqueles destinados aos hospitais do Programa Pro-Hosp ou utilizados para aquisição de equipamentos e medicamentos a serem distribuídos por todo o estado, devido à impossibilidade de separá-los por município, no momento da coleta de dados, já que os hospitais contratualizados com o Pro-Hosp atendem vários municípios de várias microrregiões. O mesmo raciocínio se aplica para os prestadores, fornecedores e pessoas físicas dos municípios, pois esses recursos poderiam atender outros municípios, inclusive de outras macrorregiões (um fornecedor de medicamentos, em Belo Horizonte, poderia ser fornecedor para todo o estado, assim, o recurso a ele destinado não beneficiaria apenas o município de Belo Horizonte, mas também, vários outros).

Se estivessem presentes na série, os recursos do Pro-Hosp aumentariam o peso das macrorregiões mais pobres, pela alocação que privilegiou os vazios assistenciais (LIMA, 2009).

### **7.5 Aproximação entre microrregiões em relação a recursos, acesso aos serviços e condições de saúde**

A promoção da redução das diferenças entre as regiões de Minas Gerais tem sido, desde o início do século XX, preocupação dos governantes do estado, conforme relatado no capítulo 5.

Este foi um dos objetivos explicitados pelo projeto “Regionalização da Assistência à Saúde”, inserido no contexto de políticas integradas do PMDI 2003-2020 e sua revisão de 2007.

A TAB. 7 apresenta os resultados da avaliação da mudança no padrão das desigualdades encontradas nas diferentes microrregiões do território mineiro, obtidos pela aplicação do coeficiente de Gini às distribuições das médias referentes a cada variável selecionada. A mensuração referiu-se às desigualdades relativas aos indicadores socioeconômicos, de disponibilidade de recursos para a saúde e de acesso a serviços e de condições de saúde.

O coeficiente foi apresentado em percentual para facilitar o entendimento. Assim, na TAB. 7, deve-se considerar sua variação de 0 a 100%.

Tabela 7 - Variação da desigualdade entre microrregiões, antes e depois

Variável	Coeficiente de Gini (%)		Desigualdade
	2002 a 2005	2006 a 2009	
PIB <i>per capita</i>	30,35	29,89	diminuiu
IFDM	6,59	4,12	diminuiu
% de idosos ( 65 anos ou mais)	9,99	9,87	diminuiu
Transferências federais	25,20	21,86	diminuiu
Recursos estaduais para Prefeituras	47,31	19,42	diminuiu
Recursos estaduais Regionalização	41,82	26,77	diminuiu
Recursos municipais	15,71	14,66	diminuiu
Leitos SUS / 1000 habitantes	22,67	24,11	aumentou
Leitos UTI / 100 mil habitantes	35,71	42,67	aumentou
Mamógrafos / 200 mil habitantes	32,32	28,94	diminuiu
Razão de mamografias por mulher de 50-69 anos	46,39	34,73	diminuiu
Taxa de internação / 1000 habitantes	7,50	7,77	aumentou
% de internação CSAA no total de internações	10,72	11,85	aumentou
Taxa de internação por IAM / 100 mil habitantes	32,95	30,24	diminuiu
Taxa de internação por AVC / 100 mil habitantes	48,27	49,05	aumentou
TMI Neonatal / 1000 nascidos vivos	11,51	16,95	aumentou
Razão de mortalidade materna / 100 mil nascidos vivos	30,02	31,91	aumentou
Taxa de Mortalidade por IAM / 100 mil habitantes	30,81	27,66	diminuiu
Taxa de Mortalidade por AVC / 100 mil habitantes	15,35	13,74	diminuiu

Fonte: IBGE; DATASUS; FJP; FIRJAN; SES/MG. Elaboração própria.

Houve, de acordo com os resultados da análise, aproximação entre as microrregiões em relação a 12 das 19 características apresentadas na TAB. 7.

As maiores aproximações foram em relação aos recursos estaduais destinados a prefeituras, que tiveram o volume aumentado no período, conforme mostrado anteriormente e que, no decorrer da série, obedeceram a uma distribuição mais equitativa. O valor do coeficiente de Gini para a série iniciou-se com 0,9 (ou 90%) em 2004, passou pelo valor de 0,37 (ou 37%) em 2005, assumindo na média do período “depois” o valor de 0,19 (ou 19%).

Isto pode significar que os recursos foram investidos, inicialmente, em regiões mais díspares e foram se igualando no período, mas sem chegar à completa igualdade, o que seria desejável. Mas se ainda há disparidade em vários outros atributos, como demonstraram os outros indicadores, deve-se continuar destinando maior volume dos recursos aos locais que mais necessitam deles.

Como fez parte do planejamento da gestão estadual adotar uma fórmula de distribuição equitativa dos recursos entre as regiões, este achado indica o resultado

de sua aplicação e corrobora a afirmação de que a alocação de recursos *per capita*, em uma população na qual haja desigualdades anteriores, tenderá a perpetuar o quadro (DAIN, 2003). Ao contrário, a distribuição equitativa levará, gradativamente a um quadro mais igualitário.

Constatou-se, ainda, redução da desigualdade nos aportes de recursos federais, no período, seguindo a tendência ocorrida com os recursos estaduais.

Nos atributos em que a disparidade aumentou, com exceção dos leitos de UTI e a mortalidade infantil neonatal, as elevações foram relativamente pequenas.

O aumento da disparidade entre microrregiões, relativa a leitos hospitalares e de UTI, seria esperado como efeito da política de regionalização, que propõe a oferta de serviços de mais complexidade, respeitando-se as escalas definidas no PDR para ganhos de qualidade e eficiência no sistema.

Assim, o aumento da diferença entre microrregiões, no caso desses indicadores, pode ser considerado positivo, significando que leitos de hospitais de pequeno porte e pouco resolutivos deram lugar a leitos em hospitais com mais densidade tecnológica, em termos de recursos humanos e de equipamentos. Os hospitais que oferecem essas condições estariam, acertadamente, localizados em municípios-polo de macrorregião ou de microrregiões, e não pulverizados em vários municípios.

Esses resultados permitem concluir que o estado apresentou tendência geral à redução das disparidades entre as microrregiões, no período. Esta é a primeira aproximação do objeto da análise, sendo recomendável haver monitoramento dessa tendência, para sua confirmação.

#### **7.6 Microrregiões antes menos favorecidas de serviços aumentaram sua capacidade de atender aos seus cidadãos**

A equidade de acesso a serviços de saúde não depende apenas da implantação de equipamentos. Define-se acesso pela disponibilidade de serviços e adequada cobertura geográfica (DAIN, 2003).

O PDR elaborado em 2002 identificou grandes áreas de Minas Gerais desprovidas de equipamentos públicos, ou mesmo privados, que pudessem vender serviços ao SUS.

A política de regionalização buscou enfrentar esse desafio utilizando várias medidas.

A medida central e que desencadeou todos os outros processos foi o planejamento dos sistemas microrregionais, que são a matriz de organização da rede, tendo, idealmente, a atenção primária como coordenadora do fluxo do paciente no sistema, a distribuição geográfica adequada, os sistemas de apoio e logísticos, com a integração do cuidado.

A partir do desenho dos sistemas, programaram-se as ações que, se implantadas, reduziram as desigualdades entre regiões.

Uma delas foi a alocação equitativa para distribuir recursos pelo estado, favorecendo regiões mais pobres e, portanto, com mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar.

O Pro-Hosp, por exemplo, alocou, no primeiro ano do programa, R\$ 4,10 *per capita* / ano nas macrorregiões Norte, Nordeste e Leste e R\$ 2,00 nas demais (LIMA, 2009).

Outro exemplo é o recurso para a atenção primária, também distribuído de acordo com um fator de alocação que considera as necessidades dos municípios para o cálculo dos valores a receber (MINAS GERAIS, 2004b).

O objetivo da distribuição equitativa é que haja disponibilidade de serviços onde antes não havia ou havia em quantidade insuficiente. Essa lógica de alocação fará com que o cidadão tenha os serviços de que necessita, no momento certo e receba atenção de qualidade o mais próximo possível de sua residência, aproximando-se da equidade de acesso, como definido por Dain (2003) e previsto em Mendes (2001a) e em Silva e Mendes (2004).

Para que isso ocorresse em Minas Gerais, haveria a necessidade de desconcentrar os serviços de média e alta complexidade, historicamente concentrados, principalmente na macrorregião Centro. Mas essa concentração ocorria também em todos os municípios-polo de todas as outras macrorregiões do estado, de acordo com o diagnóstico elaborado para o PDR.

Com o objetivo de avaliar se houve desconcentração da atenção nos polos macrorregionais, analisou-se o local de ocorrência de alguns eventos nas



microrregiões, categorizando-as em contendo (com) ou não contendo (sem) municípios que são polos de macrorregião, conforme pode ser notado na TAB. 8.

Tabela 8 - Diferenças entre microrregiões com e sem polo macrorregional, Minas Gerais, antes e depois

Variável	Microrregião sem/com polo	2002 a 2005		2006 a 2009		Diferença	Resultado
		Média	DP	Média	DP	%	
PIB <i>per capita</i>	sem	4,83	2,94	5,24	3,24	8	aumentou mais
	com	6,19	2,54	6,56	2,66	6	aumentou
IFDM	sem	0,66	0,08	0,70	0,05	6	aumentou mais
	com	0,71	0,06	0,72	0,04	1	aumentou
% pessoas com 65 anos ou mais	sem	6,61	1,22	7,80	1,41	18	aumentou mais
	com	6,43	0,98	7,47	1,05	16	aumentou
Recursos estaduais para Prefeituras (PM)	sem	2,24	1,44	20,85	7,94	831	aumentou mais
	com	6,37	9,24	23,18	6,92	264	aumentou
Recursos estaduais Regionalização PM	sem	0,65	0,81	9,18	5,37	1.312	aumentou mais
	com	2,37	1,72	13,86	4,88	485	aumentou
Recursos estaduais Saúde em Casa PM	sem	0,54	0,26	6,57	2,40	1.117	aumentou mais
	com	0,37	0,17	4,40	2,05	1.089	aumentou
Recursos municipais próprios	sem	80,98	25,62	155,16	44,72	92	aumentou mais
	com	90,66	20,94	161,03	35,50	78	aumentou
Transferências federais	sem	51,99	17,06	92,03	39,03	77	aumentou mais
	com	92,03	39,70	153,07	60,04	66	aumentou
Leitos	sem	2,22	0,92	1,74	0,77	-22	reduziu
	com	2,77	0,92	1,99	0,90	-28	reduziu mais
Leitos UTI	sem	1,90	2,81	5,73	5,76	202	aumentou mais
	com	6,33	4,13	11,56	5,63	83	aumentou
Internações	sem	68,15	9,19	61,88	9,08	-9	reduziu
	com	68,78	9,54	61,18	7,93	-11	reduziu mais

Fonte: FJP, FIRJAN, IBGE, SES/MG, SIOPS, SIH-SUS, CNES/DATASUS. Elaboração própria<sup>12</sup>.

A situação demonstrada na TAB. 8 revela que se obteve, também, outro objetivo da regionalização, que é prover o cuidado mais próximo do cidadão. Mas mostra também que houve um movimento virtuoso de desconcentração de todos os indicadores analisados.

A categorização baseia-se na definição de que o polo macrorregional é um município que tem capacidade de ofertar de forma autossuficiente todos os procedimentos de média e alta complexidades necessários aos cidadãos.

<sup>12</sup> Recursos financeiros em R\$ *per capita*; leitos SUS e internações por 1.000 habitantes, leitos UTI por 100 mil habitantes.

Assim, a microrregião que tem, em seu território, município-polo de macrorregião, historicamente tem tido mais probabilidade de que seus cidadãos resolvam seus problemas de saúde mais próximo de sua residência.

O PIB *per capita* cresceu nas duas categorias de microrregião, nas que abrigam polo macrorregional (com) e nas que não abrigam (sem), mas cresceu mais naquelas que não têm, ou seja, naquelas que têm menos capacidade instalada em termos de equipamentos saúde, o que caracteriza uma microrregião também com menos disponibilidade de outros recursos.

Esse é um importante achado do ponto de vista da economia regional. Há que se investigar mais sobre que tipos de investimento estão levando ao aumento do PIB e como se relacionam com os serviços e com a saúde das populações.

Considera-se relevante que tenha havido desconcentração da riqueza, mesmo que pequena, na direção de microrregiões que antes possuíam menos capacidade, permitindo-se questionar se os efeitos de concentração da riqueza decorrentes da globalização dos mercados, descritos por Fiori (1994), estão se revertendo. Para confirmar, seriam necessárias pesquisas dirigidas a esse objetivo.

Acompanhando o crescimento do PIB, também o IFDM aumentou mais nas microrregiões sem polo, significando que as microrregiões se aproximaram em relação à educação, à saúde e à renda.

O mesmo comportamento ocorreu com os recursos federais, estaduais e municipais, porém o crescimento dos estaduais em maior proporção nas microrregiões sem polo é particularmente importante, pois esses recursos têm sido responsáveis por investimentos em estrutura, o que carrega as transferências federais, que pagarão a produção dos serviços implantados. Esse movimento reduz os vazios assistenciais e promove equidade.

Pôde-se descobrir, com este resultado, que o aumento detectado no número de leitos de UTI ocorreu com mais intensidade nas microrregiões que eram mais desprovidas anteriormente, o que atende ao objetivo de favorecer mais aqueles que eram mais pobres de recursos, o que equivale à equidade vertical.

Para os leitos hospitalares, que tiveram o número reduzido no estado, como um todo, o resultado favoreceu também as micros sem polo, ou seja, elas perderam menos leitos dos que as microrregiões que já tinham mais leitos.

Esses dois achados (sobre leitos de UTI e comuns) concordam com o de Lima (2009). Na avaliação do Programa Pro-Hosp, Lima detectou desconcentração

do número de internações de alta complexidade do estado, com decréscimo na macrorregião Centro, que realizava, no ano de 2003, 52,94% dessas internações e passou a registrar, em 2007, 42,44%.

Lima (2009) registrou, ainda, que nove das 13 macrorregiões passaram a realizar os procedimentos de alta complexidade hospitalar de sua população na própria macrorregião, o que corrobora o movimento de desconcentração verificado pelo presente estudo.

Conclui-se que, após iniciado o processo de regionalização, houve movimento de desconcentração de recursos em direção às microrregiões mais desprovidas, exibindo, concretamente, tendência à redução das desigualdades inter-regionais em relação ao acesso aos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do pressuposto de que o Estado brasileiro necessita implementar os mandamentos constitucionais referentes à política de saúde para consolidar o SUS, aproximando-o dos sistemas de saúde de países que estabeleceram modelos de proteção social mais inclusivos.

O desafio enfrentado pelo presente trabalho foi produzir evidência empírica de que isso poderia ser alcançado.

Pela observação do modelo de institucionalização do SUS, ainda segmentado ao longo de seus 21 anos de existência, embebido no modelo de federalismo brasileiro em que o município é ente federado, levantou-se a hipótese que guiou este estudo: a intervenção do ente estadual na condução da política de saúde, no arranjo federativo brasileiro é condição necessária para produzir equidade no acesso a serviços.

Para verificar a hipótese, defender esta tese e produzir evidência empírica da possibilidade de realização do princípio da equidade, no SUS, estudou-se a regionalização no estado de Minas Gerais, amparando-se na literatura sobre descentralização, federalismo, relações intergovernamentais e análises de experiências de participação dos estados na política de saúde e de regionalização em estados brasileiros, do que ainda há poucos registros.

Constituíram limitação para a realização da pesquisa empírica, na fase da coleta de dados secundários, os arranjos dos bancos de dados do DATASUS. Embora tenha havido melhoria em geral nos sistemas, em relação à disponibilidade de dados, ainda são necessárias compatibilizações entre bancos.

A revisão da literatura permitiu concluir que a descentralização iniciada nos aparelhos de estado dos países desenvolvidos e que chegou ao Brasil no fim do período dos governos militares, tendo aqui, também, sido entendida como democratização, refletiu-se no formato do estado federal brasileiro construído pelos constituintes de 1988, que elevou o município à categoria de ente federado, equiparando-se, em autonomia, aos estados.

Esse modelo de descentralização e de organização federativa traduziu-se em municipalização de várias políticas sociais, incluindo a de saúde, que trouxe importantes resultados da expansão de cobertura, mas perpetuou as diferenças

inter-regionais e entre municípios, relegando a capacidade dos estados de atuarem sobre elas.

Sobre as relações intergovernamentais, pôde-se concluir que, na maioria dos estados federais, como também no Brasil, são dependentes, entre outros fatores: da formação do estado, das questões de autonomia interna e de disputas entre as unidades federadas e da cultura política.

Em alguns países, como a Alemanha, as relações intergovernamentais são mais institucionalizadas, mas, na maioria, formam uma matriz de relacionamentos entre o governo central e os governos subnacionais, envolvendo os Poderes Executivos, como no Canadá, e os Legislativos, não excluindo os Executivos, como Estados Unidos e Brasil.

A coordenação de políticas é um ponto nevrálgico de qualquer federação. Os mecanismos utilizados para a coordenação das políticas pelo governo federal e de cooperação entre governos envolvem, em todas as federações, subvenções do nível central para as unidades federativas.

Em algumas federações, as subvenções são definidas na legislação e em outras, como no Brasil, além da legislação, são, também, definidas nos orçamentos anuais com negociações envolvendo Executivo e Legislativo.

Concluiu-se, ainda, que o desenho do federalismo brasileiro é compatível com a cooperação e com a coordenação de políticas, desde que se exercite a negociação política e se utilize dos mecanismos já consagrados em outras federações, adaptando-os ao contexto do país.

A revisão da literatura permitiu elaborar algumas recomendações para o caso brasileiro:

- O modelo de descentralização adotado no Brasil deve sintonizar-se com o modelo de federalismo prescrito na CF de 1988, reabilitando os estados para promover o reequilíbrio da federação. Na política de saúde, essa realocação de poderes se torna indispensável para promover equidade, possibilitando a inclusão de regiões na rota do desenvolvimento, revertendo a exclusão de espaços promovida pela economia internacionalizada;
- deve-se aumentar o grau de institucionalização das relações entre os entes, com o objetivo de alcançar benefícios conjuntos para estados e municípios e reduzir as negociações individuais ou mediadas apenas pelos partidos, para evitar mais desequilíbrios federativos;

- o governo federal deve prosseguir com a iniciativa de forjar mecanismos formais de cooperação horizontal e vertical, já concretizada em um primeiro mecanismo importante, a Lei dos Consórcios Públicos de nº 11.107, de 06 de abril de 2005, promulgada em 2007;
- deve-se utilizar a experiência acumulada pelas instâncias de coordenação e cooperação intergovernamentais já desenvolvidas no SUS, em outras áreas, além de implementar a força de contrato em suas resoluções;
- é necessário estabelecer, a partir das instâncias formais de cooperação e do aumento do grau de institucionalização das relações, mecanismos de equalização fiscal e novas regras de partilha das receitas fiscais para promover a redução das desigualdades entre regiões, estados e municípios, estabelecendo o equilíbrio da federação;
- no âmbito do SUS, deve-se adotar as recomendações do Pacto pela Saúde de 2006, construindo sistemas regionalizados com a coordenação dos estados, para caminhar-se para um sistema mais inclusivo, o que já vem sendo experimentado por algumas unidades da federação, mas ainda é um processo lento no país como um todo, necessitando de mais incentivos federais.

Em relação às experiências de participação dos estados na condução de políticas de saúde, pôde-se verificar que alguns estados adotaram políticas de fortalecimento da atenção primária, desde o final dos anos 1990. Alguns se anteciparam à normatização federal, iniciando a construção de sistemas de base regional, assumindo a coordenação da política, utilizando vários mecanismos de indução, principalmente os incentivos financeiros.

Isso permite concluir que, se a legislação setorial da saúde seguindo o movimento de descentralização radical para os municípios, principalmente na distribuição dos recursos, promoveu a fragmentação do sistema, a realidade da desigualdade e dificuldade de acesso aos serviços foi imperiosa e promoveu o início da realocação das funções dos estados.

A recomendação deste estudo é que o Ministério da Saúde, como representante do governo federal, participe mais agilmente do processo, discutindo, na CIT, as regras de alocação dos recursos existentes, além de aportar novos recursos (o que vale também para os estados).

A rediscussão das regras de alocação de recursos passa, necessariamente, pela interlocução com os estados, caso se tenha como objetivo a redução das diferenças observadas entre regiões, estados e municípios do país.

O estudo do caso de Minas Gerais, com suas históricas desigualdades inter-regionais, mostrou que o planejamento governamental, desde o início do século XX, buscou superá-las, sem sucesso, até essa primeira década do século XXI.

A adoção de um planejamento baseado em rigoroso diagnóstico da realidade do estado e na gestão por resultados orientou a intervenção do governo estadual em todas as áreas, numa abordagem intersetorial que incluiu a saúde, no período de 2003 a 2009.

O cumprimento dos objetivos traçados para a verificação da hipótese que norteou este estudo passou pela análise desse processo e de seus primeiros efeitos em Minas Gerais. A seguir, sintetizam-se as conclusões da análise empreendida.

Ao descrever o processo de regionalização, verificou-se que:

- As primeiras medidas de regionalização do sistema de saúde no estado datam dos anos 1970, mas o processo mais recente iniciou-se com a construção do seu PDR no ano 2000. Em 2003, desenhou-se uma política de regionalização cooperativa, estabelecendo-se como meta a construção de sistemas microrregionais de saúde, com a decisiva intervenção do ente estadual como formulador, coordenador e indutor da política. A política de saúde está integrada em um conjunto de propostas do governo estadual, inscritas no III PMDI 2003-2020, que contemplou nos projetos prioritários, a regionalização;
- A implementação do projeto estruturador “Regionalização da Assistência à Saúde” pela SES/MG foi viabilizada por intenso processo de aproximação do governo estadual com os municípios, por uma proposta consistente que atendia a seus anseios e necessidades e pelo aporte de recursos dirigidos a eles, como mecanismo para induzir a cooperação. As relações intergovernamentais entre governo estadual e municípios mediadas pelo peso político do governador, pela consistência das propostas e pelos recursos foram decisivas para a adesão dos municípios ao programa, compatibilizando seus interesses com os do estado, para atingir objetivos comuns.

Da análise desse processo, concluiu-se que, mesmo diante do grau de autonomia municipal conferida pela forma federativa do Estado brasileiro, há espaço de negociação e cooperação entre o ente estadual e o município e, em Minas Gerais, no período analisado, a forma federativa brasileira não impediu a cooperação.

Na avaliação da extensão da implementação da regionalização, observou-se que o projeto “Regionalização da Assistência” alcançou grau elevado de implementação no período analisado, pelo número de CIBs implantadas e pelo crescente volume de recursos estaduais aplicados nos municípios, ancorados em pactuações para a construção da rede regionalizada de serviços, traduzindo a participação efetiva do ente estadual na política definida no planejamento governamental para alcançar a redução das desigualdades.

Ao avaliar o efeito da regionalização sobre as características observadas nas microrregiões do estado, em relação às condições socioeconômicas e de saúde e no acesso a serviços, verificou-se que, no período após o início da implementação do projeto “Regionalização”, houve melhoria no acesso a leitos de UTI e aos serviços de mamografia, bem como redução da razão de mortalidade materna e infantil neonatal, havendo envolvimento do programa de regionalização com essa melhoria.

A análise da distribuição de recursos mostrou duas tendências importantes:

- Um movimento dos recursos no sentido da macrorregião Centro para as macrorregiões Norte e Nordeste, que passaram a receber mais recursos depois da intervenção. Mas o Jequitinhonha, apesar do aumento relativo, continua a ser a macrorregião em que municípios recebem menos, necessitando ainda ampliar a capacidade instalada para atrair recursos federais de custeio;
- os recursos estaduais atraíram os recursos federais depois da intervenção.

Confirma-se a importância da intervenção do ente estadual na alocação de recursos no território, promovendo a alocação equitativa na atenção primária e investindo em equipamentos de média e alta complexidades para atrair os recursos federais de custeio, reduzindo os vazios assistenciais. Os recursos destinados a municípios mostraram tendência a se deslocarem na direção de regiões menos favorecidas, podendo-se concluir que a intervenção colaborou para iniciar a redução das desigualdades.



Ao avaliar a desigualdade na distribuição de recursos, serviços e indicadores de condições de saúde pelas microrregiões, constatou-se que, no decorrer do período, houve aproximação entre as microrregiões em relação à riqueza, ao desenvolvimento social, ao envelhecimento da população, aos recursos federais e estaduais, ao acesso a mamografias e à mortalidade por doenças cardiovasculares.

O estado apresentou tendência à redução das disparidades entre as microrregiões, nas características e no período analisado, podendo-se concluir que a intervenção do governo estadual foi necessária para a redução das desigualdades, no mínimo, em relação ao acesso aos serviços.

Detectou-se, também, que após iniciado o processo de regionalização, ocorreu movimento de desconcentração de recursos financeiros e equipamentos de saúde no sentido das microrregiões historicamente mais bem providas para as microrregiões antes mais desprovidas, diminuindo a diferença entre elas.

Diante dos achados da pesquisa, concluiu-se que, no período de 2002 a 2009, a intervenção do ente estadual, como formulador, indutor, cofinanciador e coordenador da política de saúde foi necessária para a redução das desigualdades entre microrregiões de Minas Gerais.

Assim, os resultados ampararam nossa defesa de que o envolvimento e a coordenação do ente estadual na gestão do SUS é condição necessária para reduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde, confirmando-se a hipótese do estudo.

A análise do processo mostrou que a intervenção coordenada pela SES/MG esteve inserida em um projeto de reforma do estado mais amplo, em andamento em toda a administração estadual. Esta adotou a gestão por resultados, um dos preceitos da NGP, movimento de reforma que buscou alinhar o paradigma gerencial aos valores de foco no cidadão e relegitimar o Estado.

Ao analisar o processo ocorrido em Minas Gerais, notou-se que há semelhanças entre as intervenções coordenadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e a do Ceará. As duas propuseram a construção dos sistemas microrregionais de saúde como base da regionalização.

Estavam incluídas no escopo das duas propostas de reforma dois princípios aparentemente contraditórios: a busca pela eficiência e pela equidade.

Nos dois casos, ao serem implementadas, as intervenções tentaram compatibilizá-los. Mas não se pode afirmar, com base neste estudo, se o objetivo da

eficiência foi alcançado em Minas Gerais, já que esta não era a proposta deste trabalho. Mas pôde-se verificar um movimento em direção à equidade entre microrregiões, em relação a várias características, no período avaliado.

Embora a proposta de reforma tenha inspiração, ainda que remota, em projetos considerados de redução da intervenção do Estado, ao ser construída no coletivo de técnicos e políticos assumiu um desenho que tornou necessária a participação do estado e a expansão dos recursos por ele aportados na política. Pelos resultados observados, produziu redução de disparidades, podendo ter efeito de incluir microrregiões no processo de desenvolvimento, já que o acesso a serviços e a condição socioeconômica melhoraram mais naquelas antes menos providas.

A partir da experiência de Minas Gerais, pode-se recomendar:

- Deve haver aprofundamento e qualificação das relações intergovernamentais entre estado e municípios, utilizando como mecanismos de indução à cooperação o capital político do governo estadual, uma proposta consistente e coerente com as necessidades do território e recursos novos a serem disponibilizados aos municípios para viabilizar a coordenação pelo estado;
- o desenho da proposta e sua implementação devem incluir todos os atores no processo;
- a intervenção deve estar aninhada em um conjunto de políticas do governo estadual, devendo ser, necessariamente, intersetorial.

Este estudo focou período recente - 2002 a 2009 -, mas os resultados que mostraram tendência a mudanças positivas devem ser atribuídos, também, a um conjunto de fatores que possibilitaram a efetivação das decisões políticas das gestões envolvidas. Esses fatores estão vinculados ao aparato institucional construído pelo estado.

Na análise realizada, constatou-se que a tradição do planejamento governamental do estado de Minas Gerais foi um fator facilitador das escolhas da gestão estadual do SUS, que teve o mérito de bem utilizá-lo.

Essa tradição passa, necessariamente, pela arquitetura institucional iniciada no período do estado desenvolvimentista, nos anos 1950 do século XX, com a criação da CEMIG, depois do BDMG e, mais tarde, da FJP, celeiro de pesquisadores e formadora de profissionais para a gestão pública, que têm sido alocados nos órgãos da administração estadual.

Órgão vinculado à Secretaria de Planejamento e Gestão do governo de Minas Gerais, a sustentação oferecida pela FJP à política da Secretaria de Saúde foi fundamental para o desenho, o monitoramento e a execução da política planejada.

Além disso, há também uma vivência interinstitucional importante entre a FJP e a UFMG na produção de estudos para utilização na administração, como o exemplo recente da fórmula de alocação equitativa de recursos estaduais para a saúde.

Esta pesquisa, ao abordar aspectos relacionados à regionalização da assistência à saúde no estado de Minas Gerais e à intervenção da gestão estadual, é apenas uma aproximação abrangente para a compreensão de um processo muito complexo.

Trouxe também novas contribuições ao conhecimento sobre gestão: produziu evidência empírica sobre a atuação da gestão estadual do SUS em relação ao acesso a serviços de saúde, no nível microrregional; produziu evidência empírica sobre o resultado da aplicação do método de gestão utilizado e da forma de relação intergovernamental estabelecida entre estado e municípios; produziu séries históricas de recursos distribuídos pela SES/MG para municípios e microrregiões; mensurou e produziu evidência empírica sobre a redução de desigualdades entre as microrregiões do estado de Minas Gerais.

Aproximou-se, ainda, do processo de transformação de uma realidade, mas não o suficiente para retratar todo o movimento que envolveu um método de gestão, uma configuração política específica e, principalmente, a atuação de pessoas com grande interesse em alcançar bons resultados, que são o corpo técnico e político da SES/MG e das secretarias municipais de saúde. Sugerem-se investigações sobre o tema da participação dessas instituições no processo.

Permanecem outras questões a serem investigadas, sugerindo-se estudos posteriores como, por exemplo, a comparação dos resultados do processo ocorrido em Minas Gerais com os de outros estados; aprofundar a compreensão dos gastos dos recursos próprios do estado em ações e serviços de saúde; compreender o papel desempenhado pelos consórcios intermunicipais de saúde, muito implicados com a organização e prestação de serviços importantes para a efetivação do acesso dos usuários aos serviços, entre microrregiões e macrorregiões do estado.

Outros estudos, na área de economia, serão importantes, como a investigação do efeito da alocação dos recursos novos em áreas antes desprovidas e sua contribuição para o desenvolvimento das localidades.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L. Para Além da descentralização: o desafio da coordenação federativa no Brasil. *In*: FLEURY, S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, ed. pp. 77-125, 2006.
- ALVES, M.J.M. *et al.* A regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para a assistência ao câncer de mama. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 9, 2010.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil. Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- ARRETCHE, M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia Política**, v. 24, p.17, 2005.
- ARRETCHE, M. The veto power of subnational governments in Brazil: political institutions and parliamentary behaviour in the post-1988 period. **Brazilian Political Science Review**, v. 1, n. 2, p. 34, 2007.
- ASSOCIATION OF ONTARIO HEALTH CENTRES. **A scan of the effects of regionalization on community health centres in selected regions across Canada**. Toronto, CA: Ktpatzer Consulting, 2006. 21 pp. Disponível em: [http://www.aohc.org/app/DocRepository/2/Current\\_Issues/RegionalizationAndCHCsInCanada.pdf](http://www.aohc.org/app/DocRepository/2/Current_Issues/RegionalizationAndCHCsInCanada.pdf). Acesso em: 07/12/2010.
- BAKVIS, H.; BROWN, D. Policy coordination in federal systems: comparing intergovernmental processes and outcomes in Canada and the United States. **Publius: The Journal of Federalism**, v. 40, n. 3, p. 23, 2010.
- BARROS, R.P.D.; CARVALHO, M.D.; FRANCO, S. **O Índice de Desenvolvimento da Família (IDF)**. Texto para discussão - IPEA, v. 986, p. 1-25, 2003.
- BENZ, A. **Intergovernmental relations in German federalism**: joint decision-making and the dynamics of horizontal cooperation. Seminário Internacional La Federalización de España - Los déficit de la Cooperación Intergubernamental, 2009. Disponível em: <<http://www.forumfed.org/libdocs/2009/2009-03-27-Zaragoza-Benz.pdf>>. Acesso em: 04/03/2011.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 5. ed. Brasília. São Paulo: UNB - Imprensa Oficial de São Paulo, v. 1, 666 p, 2000.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 3, p.12, 2002.

BOMENY, H. O Brasil de João Pinheiro: o projeto educacional. *In*: GOMES, A.D.C. (org.). **Minas e os fundamentos do Brasil Moderno**. Belo Horizonte: UFMG, 1 ed. pp. 138-166, 2005.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2010. 835 p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília-DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 13/05/2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080 de 1990**. Brasília. 1990. Disponível em: [www.lei.adv.br/8080-90.htm](http://www.lei.adv.br/8080-90.htm). Acesso em março de 2011.

BRASIL - Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. 1995. Estado, C.D.R.D. Brasília. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/view.asp?cod=121>, Acesso em: 10/11/2010.

BRASIL. **NOB-SUS 96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** - Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus.htm>. Acesso em: 10/03/2005.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19 de 05/06/1998**. Brasília-DF, v. EC, n. 19, p. 22, 1998a. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/30/1998/19.htm>. Acesso em: 21/10/2006

BRASIL. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Gabinete do Ministro. Brasília-DF. 18 pp. 1998b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html). Acesso em: 20/10/2005.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Brasília-DF, Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, p. 28, 2001. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>. Acesso em: 01/04/2010.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002**. Brasília-DF, Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, p. 1, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 01/04/2010.

BRASIL. **Pacto pela saúde 2006**. Brasília-DF, Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006a, p.23, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf). Acesso em: 01/04/2010.

BRASIL. IBGE. **Assistência Médico-Sanitária 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, Relatório, 2006b. 164 pp. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>. Acesso em: 29/01/2011.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Brasília, p. 24, 2007. Disponível em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.planalto.gov.br%2Fccivil\\_03%2F\\_ato2004-2006%2F2005%2FLei%2FL11107.htm&ei=YMV-TYDpLfCP0QHUgvD0CA&usg=AFQjCNE93HlzIB-FqSlmXb-8C3L-sYeRwg&sig2=DH92uS3xoCJ9\\_oSbZ7vJ0A](http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.planalto.gov.br%2Fccivil_03%2F_ato2004-2006%2F2005%2FLei%2FL11107.htm&ei=YMV-TYDpLfCP0QHUgvD0CA&usg=AFQjCNE93HlzIB-FqSlmXb-8C3L-sYeRwg&sig2=DH92uS3xoCJ9_oSbZ7vJ0A)>. Acesso em março de 2011.

BRASIL. Portaria nº 2670 de 03 de novembro de 2009. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite - CIT. **Diário Oficial da União** [on line], seção I, p. 30, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual - **Orientações para organização e funcionamento**. Brasília, DF: Secretaria-Executiva, 2009b. 62 pp. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_10.pdf). Acessado em: 02/02/2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.669, de 03 de novembro de 2009**. 2009c. Gabinete do Ministro. Brasília, DF. 3 pp. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669\\_03\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html). Acesso em: 10/01/2010.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. 2010. Brasília. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html), Acesso em: 10/01/2011.

BRASIL. **Portaria nº 396, de 04 de março de 2011**. 2011. Brasília. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396\\_04\\_03\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396_04_03_2011.html), Acesso em: 11/03/2011.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Annual Review of Public Health**, v. 26, p. 167-194, 2006.

BRESSER PEREIRA, L.C. **Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo estado**. Buscalegis - Biblioteca Jurídica Virtual, p.18, 1998. Disponível em: <[http://www.buscalegis.ufsc.br/arquivos/T\\_140607\\_08.pdf](http://www.buscalegis.ufsc.br/arquivos/T_140607_08.pdf)>. Acesso em: 25/11/2010.

BURKI, S.J.; PERRY, G.E.; DILLINGER, W.R. **Beyond the center: decentralizing the state**. Washington, D.C.: The World Bank, Prepublication Conference Edition, 1999. 108 pp. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/PAKISTANEXTN/Resources/pdf-Files-in-Events/IRISD/beyondTheCenter.pdf>. Acesso em: 14/07/2003

CANADA PARLIAMENT OF CANADA. **Canada Health Act. - C-6**. 2010a. Parliament of Canada. Ottawa, CA. 16 pp. Disponível em: <http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/C/C-6.pdf>. Acesso em: 08/01/2010.

CANADA. DEPARTMENT OF FINANCE. **Equalization program**. 2010b. Disponível em: <<http://www.fin.gc.ca/fedprov/eqp-eng.asp>>. Acesso em: 08/01/2011.

CANADA HEALTH CANADA. **Healthy Canadians: A federal report on comparable health indicators**. 2008. Ottawa: Health Canada, Report, 2008. 124 pp. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php> . Acesso em: 28/10/2010.

CARVALHO, J.M.D. Ouro, terra e ferro: vozes de Minas. *In*: GOMES, A.D.C. (org.). **Minas e os fundamentos do Brasil Moderno**. Belo Horizonte: UFMG, 1 ed. pp. 55-78, 2005.

CASTRO, S.H.R. **Sístoles e diástoles no financiamento da saúde no estado de Minas Gerais**: o período pós-Constituição de 1989. Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. 303 pp.

CHACON, V.A genealogia do nacional: desenvolvimentismo brasileiro. *In*: GOMES, A.D.C. (org.). **Minas e os fundamentos do Brasil Moderno**. Belo Horizonte: UFMG, 1 ed. pp. 193-215, 2005.

CHEN, H.T. A theory-driven evaluation perspective on mixed methods research. **Research in the Schools**, v. 13, n. 1, p. 75-83, 2006.

CONCANNON, T.W. *et al.* Comparative effectiveness of ST-segment–elevation myocardial infarction regionalization strategies. **Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 3, p. 506-513, 2010.

CUNHA, F.T.S. **Relações entre o governo federal e o governo do Rio Grande do Sul**: federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde (1999-2001). Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. 255 pp.

DAIN, S. **Conceptual and operational framework on exclusion in social protection for health**. Brasília-DF: Organização Pan-americana da Saúde, 2003. pp. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5354.pdf>. Acesso em: 09/12/2010.

DAIN, S. **Do direito social à mercadoria**. Rio de Janeiro (Professor Titular) - Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000. 186 pp.

DAIN, S. **Financiamento da atenção básica dos municípios do interior para o sistema regionalizado de saúde do estado do Amazonas**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Amazonas, Secretaria de Estado de Planejamento - SEPLAN, 54 pp, 2005.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1851-1864, 2007.

DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 314 p.



DULCI, O. João Pinheiro e as origens do desenvolvimento mineiro. *In*: GOMES, Â.D.C. (org.). **Minas e os fundamentos do Brasil Moderno**. Belo Horizonte: UFMG, 1 ed. pp 109-136, 2005.

DWECK, R.H. O federalismo norte-americano: questão fiscal - "Reaganomics". **Transit Circle**, v. 2, p. 36, 2003.

ELAZAR, D.J. **Exploring federalism**. p. 327, 1991. Disponível em: <<http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=9895234>>. Acesso em: 14/05/2010.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, v. 24, p. 27-54, 1991.

FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, v. 8, n.16, p. 40, 2006.

FARAGE, E. *et al.* **Equalização fiscal**. Rio de Janeiro: Fórum fiscal dos estados brasileiros, 2006. 81 pp Disponível em: [http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos\\_presenciais/Forum\\_Estados/FFEB\\_Caderno\\_n\\_1.pdf](http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos_presenciais/Forum_Estados/FFEB_Caderno_n_1.pdf). Acesso em: 28/11/2010.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. FIRJAN. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) - Ano Base 2007** Rio de Janeiro: Sistema FIRJAN – Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, Relatório, 2010a. 35 pp. Disponível em: <http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9229431C90122A3B25FA534A2.ht>. Acesso em: 27/10/2010

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. FIRJAN. **IFDM 2007 - Análise Especial Minas Gerais**. Rio de Janeiro: FIRJAN, 2010b. 4 pp. Disponível em: <http://www.firjan.org.br>. Acesso em: 27/10/2010.

FERNANDEZ, O.L. O desenvolvimento de Israel Pinheiro e Juscelino Kubitschek. *In*: GOMES, A.D.C. (org.). **Minas e os fundamentos do Brasil Moderno**. Belo Horizonte: UFMG, 1 ed., 2005.

FINOT, I. **Descentralización en América Latina: teoría y práctica**. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES, 2001. 133 pp. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/7259/lcl1521e.pdf>. Acesso em: 21/07/2003.

FIORI, J.L. **Globalização econômica e descentralização política: um primeiro balanço**. Ensaio, FEE, v. 15, n. 2, p. 16, 1994.

FONSECA, P.C.D. **Gênese e precursores do desenvolvimentismo no Brasil**. Porto Alegre: Departamento de Ciências Econômicas da UFRS, 2004. 22 p. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/decon/publionline/textosprofessores/fonseca/Origens\\_do\\_Desenvolvimentismo.pdf](http://www.ufrgs.br/decon/publionline/textosprofessores/fonseca/Origens_do_Desenvolvimentismo.pdf). Acesso em: 13/11/2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Serviços**. 2010a. Fundação João Pinheiro. Disponível em: <<http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/produtos/mais-acessados>>. Acesso em: 12/05/2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **O que é o Índice Mineiro de Responsabilidade Social**. 2010b. Secretaria de Planejamento e Gestão - Fundação João Pinheiro. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/956-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs>>. Acesso em: 25/06/2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Produto Interno Bruto de Minas Gerais 2008**. 2010c. Centro de Estatística e de Informações. Belo Horizonte. 9 pp. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/servicos/81-servicos-cei/58-produto-interno-bruto-de-minas-gerais>, Acesso em: 12/12/2010.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A.L.D.A. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. *In*: LIMA, N.T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: OPAS/Fiocruz, pp. 307-351, 2005.

GOMES, E.G.M. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. São Paulo. (Tese de Doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2009. 187 pp.

GUIMARÃES, M.A.M.B. **Serviços de saúde, desenvolvimento humano, água fluoretada e cárie na região de Juiz de Fora, Minas Gerais**. Campinas. (Dissertação de Mestrado) - Centro de Pós-graduação / Centro de Pesquisas Odontológicas, São Leopoldo Mandic, 2005. 100 pp.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V.D. Avaliando a implantação das intervenções em saúde. *In*: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V.D. (org.). **Avaliação em saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal da Bahia, pp. 11-14, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Primeiros resultados do Censo 2010**. 2011. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao\\_por\\_municipio\\_zip.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio_zip.shtm)>. Acesso em: 18/01/2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, Relatório, 2010. 167 pp. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: 29/01/2011.

KANT, I. **Sobre la paz perpetua**. 6. ed. Madrid: Tecnos, 1998. 75 p.

KHALEGHIAN, P.; GUPTA, M.D. **Public management and the essential Public Health functions**. World Bank Policy Research Working Paper 3220, v. 2011, p. 28, 2004. Disponível em: <[siteresources.worldbank.org/INTPUBSERV/Resources/.../dasgupta2005.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPUBSERV/Resources/.../dasgupta2005.pdf)>. Acesso em: 20/11/2010.

KOIVUSALO, M.; WYSS, K.; SANTANA, P. Effects of decentralization on equity dimensions of health systems. *In*: SALTMAN, R.B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (org.). **Decentralization in health care strategies and outcomes**. Maidenhead, UK:Open University Press, ed. pp. 189-205, 2007.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. Brasília, [on line]: **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010.

LEAL, V.N. **Coronelismo, enxada e voto**: o município e o regime representativo no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. 440 p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA NETO, G.C. **A trajetória do BDMG e o desenvolvimento da economia mineira**. Belo Horizonte. Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, 2008.118 pp.

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

LIMA, L.D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. 409 pp.

LIMA, M.F. **Avaliação do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais - PRO-HOSP**: alcance da regionalização da atenção hospitalar no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. (Dissertação de Mestrado) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2009. 174 pp.

LJUSBERG, M. **Public health issues at the regional level in Sweden**. 2009. Swedish National Institute of Public Health. Disponível em: <<http://www.fhi.se/en/Public-Health-in-Sweden/Public-health-issues-at-the-regional-level/>>. Acesso em: 10/05/2010.

MACHADO, F.R.D.S.; GUIMARÃES, M.A.M.B. **O federalismo norte-americano**: dilemas entre autonomia estadual e coerção federal - o caso da saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2006. 27p. Mimeografado.

MCLAUGHLIN, J. A. & JORDAN, G. B. **Logic models: a tool for telling your program's performance story**. Evaluation and Program Planning, v.22, p.65-72, 1999.

MADONNA, A. **Introduction to American government**. 2010. Disponível em: <<http://ajmadonn.myweb.uga.edu/Federalism.pdf>>. Acesso em: 19/02/2011.

MAIA, K. **SES investe R\$12 milhões em consórcios de saúde**. 2010. Minas Gerais - Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/noticias\\_e\\_eventos/ses-investe-r-12-milhoes-em-consorcios-de-saude/?searchterm=consorcios](http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/ses-investe-r-12-milhoes-em-consorcios-de-saude/?searchterm=consorcios)>. Acesso em: 14/05/2010.

MARANDUBA JÚNIOR, N.G.; ALMEIDA, E. **Eficiência e eficácia da política regional em Minas Gerais**. XXXVI Encontro Nacional de Economia, p. 20, 2008. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807021536400-.pdf>>. Acesso em: 04/12/2010.

MARQUES, A.J.S. *et al.* **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 328 pp. Disponível em: [http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque\\_gestao\\_saude\\_minas\\_gerais.pdf](http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque_gestao_saude_minas_gerais.pdf). Acesso em: 6/9/2010.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 13, 2003.

MELO FILHO, L.G.P. **A posição do município no federalismo brasileiro**. 2009. ESMA - Escola Superior da Magistratura "Desembargador Almir Carneiro da Fonseca". Disponível em: <[http://esma.tjpb.jus.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=640&Itemid=20](http://esma.tjpb.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=640&Itemid=20)>. Acesso em: 14/05/2010.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, v. 1, 2001a. 144 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, v. 2, 2001b, 176 p.

MENDES, E.V. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. 2002. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>>. Acesso em: 13/06/2006.

MESQUITA, M.C.M. **Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do Estado do Espírito Santo, Brasil**. Rio de Janeiro (Tese de Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 225 pp.

MINAS GERAIS. Gabinete de Planejamento e Controle. **Bases para uma estratégia de desenvolvimento** Belo Horizonte: Conselho Estadual do Desenvolvimento - Convênio BDMG/CED/ILPES, 1969. 224 pp.

MINAS GERAIS. G.D.E. **II Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social**. Geral, S.D.P.E.C. Belo Horizonte. v. I, 1975. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.mg.gov.br/consulta/consultaDetalheDocumento.php?pos=30>. Acesso em: 03/11/2010.

MINAS GERAIS. **III Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social**. Belo Horizonte. v. 1, 1979. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.mg.gov.br/consulta/consultaDetalheDocumento.php?iCodDocumento=56901>. Acesso em: 03/11/2010.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado**. Imprensa Oficial de Minas Gerais, Plano de Desenvolvimento, 1995. 116 pp. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.mg.gov.br/consulta/consultaDetalheDocumento.php?pos=29>. Acesso em: 03/11/2010.

MINAS GERAIS. Assembléia Legislativa. **Lei nº 13.803 2000 de 27/12/2000**. Belo Horizonte, p. 5, 2000a. Disponível em: [http://www.fazenda.mg.gov.br/governo/assuntos\\_municipais/legislacao/leiestadual13803\\_00.htm](http://www.fazenda.mg.gov.br/governo/assuntos_municipais/legislacao/leiestadual13803_00.htm). Acesso em: 04/11/2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI - 2000-2003**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2000b. 178 pp. Disponível em: [http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/plano\\_mineiro\\_des\\_integrado.asp](http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/plano_mineiro_des_integrado.asp). Acesso em: 12/05/2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2001/2004**. Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte. 163 pp, 2002. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_mg.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_mg.pdf). Acesso em: 07/05/2008.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI - 2003-2020**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2003a. 129 pp. Disponível em: [http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/plano\\_mineiro\\_des\\_integrado.asp](http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/plano_mineiro_des_integrado.asp). Acesso em: 12/05/2010.

MINAS GERAIS. **Plano Plurianual de Saúde 2004-2007**. Assessoria de Gestão Estratégica. Belo Horizonte. 80 pp, 2003b. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br>. Acesso em: 17/05/2007.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 0045 de 14 de março de 2003**. Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte. 2 pp, 2003c. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br>. Acesso em: 15/01/2011.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 082, de 16 de maio de 2003**. p. 4, 2003d. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/resolucoes/2003/folder\\_listing\\_reverso?b\\_start:int=60&-C=>](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2003/folder_listing_reverso?b_start:int=60&-C=>). Acesso em: 14/05/2010.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 0356 de 22 de dezembro de 2003**. Minas Gerais - Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte. 33 pp, 2003e. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br>. Acesso em: 15/01/2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS-MG nº 042, 17 de novembro de 2003**. Belo Horizonte, v.42, 2003f. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/deliberacoes/2003/folder\\_listing?b\\_start:int=30&-C=>](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2003/folder_listing?b_start:int=30&-C=>). Acesso em: 10/03/2008.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 082, de 16 de maio de 2003**. p. 4, 2003g.

Disponível em:

<[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/resolucoes/2003/folder\\_listing\\_reversa?b\\_start:int=60&-C=>](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2003/folder_listing_reversa?b_start:int=60&-C=>). Acesso em: 14/05/2010.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 0043 de 12 de março de 2003**. Minas Gerais - Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte. 1 pp, 2003h. Disponível em:

<http://saude.mg.gov.br>. Acesso em: 15/01/2011.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 0048 de 14 de março de 2003**. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte. 1 pp, 2003i. Disponível em:

<http://saude.mg.gov.br>. Acesso em: 15/01/2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual de Ação Governamental – 2004-2007**. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Superintendência Central de Planejamento. Belo Horizonte. v. 1, 459 pp, 2004a.

MINAS GERAIS. **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: CEDEPLAR e Fundação João Pinheiro, 2004b. 64 p. (Viva Vida).

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização - PDR – 2003/2006**. Grupo-Tarefa da Regionalização da Atenção à Saúde. Belo Horizonte. 163 pp, 2004c.

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: 16/05/2007.

MINAS GERAIS. Governo do Estado - Fundação João Pinheiro. **Minas em números**: Lei Robin Hood. Fundação João Pinheiro. 2005a. Disponível em:

<[http://www.datagerais.mg.gov.br/site/int\\_minas\\_produtos\\_especiais\\_lei\\_robin\\_hood.php](http://www.datagerais.mg.gov.br/site/int_minas_produtos_especiais_lei_robin_hood.php)>. Acesso em: 21/11/2010.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. **Acordo de Resultados**. Governo do Estado de Minas Gerais e Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte. 28 pp, 2005b.

Disponível em: <http://www.seplag.mg.gov.br>. Acesso em: 17/05/2007.

MINAS GERAIS. **Relatório de Avaliação**: Acordo de Resultados. Saúde, S.D.E.D. Belo Horizonte. 19 pp, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 17/05/2007.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI - 2007-2023**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 55 pp, 2007.

Disponível em: [http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/arquivos/Proposta\\_do\\_PMDI\\_2007-2023.pdf](http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/arquivos/Proposta_do_PMDI_2007-2023.pdf). Acesso em: 12/05/2010.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, Decreto nº

45.058, de 10 de março de 2009, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Consórcio da Rede de Urgência do Norte elege nova diretoria**. 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/noticias\\_e\\_eventos/consorcio-da-rede-de-urgencia-do-norte-elege-nova-diretoria/](http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/consorcio-da-rede-de-urgencia-do-norte-elege-nova-diretoria/)>. Acesso em: 11/02/2011.

MIRANDA, A.S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. Salvador, BS. (Tese de Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003. 241 pp.

NICHOL, G. *et al.* Regional systems of care for out-of-hospital arrest: a policy statement from American Heart Association. **Circulation**, v. 121, p. 21, 2010.

PAVOLINI, E. Is regionalisation good for your health? The experience of the Italian NHS. I CONGRESO ANUAL REPS. TREINTA AÑOS DE ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA. LOGROS Y RETOS PARA EL FUTURO, p. 23, 2009. Disponível em: <[www.espanet-spain.net/congreso2009/archivos/ponencias/TP09P04.pdf](http://www.espanet-spain.net/congreso2009/archivos/ponencias/TP09P04.pdf)>. Acesso em: 22/07/2010.

PELEGRINI, M.L.M.D.; CASTRO, J.D.D.; DRACHLER, M.D.L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line], v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PENNA, J.C. Israel Pinheiro e o desenvolvimento de Minas Gerais. *In*: GOMES, A.D.C. (org.). **Minas e os fundamentos do Brasil Moderno**. Belo Horizonte: UFMG, 1 ed. pp. 288-333, 2005.

PEREIRA, A.M.M. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 133 pp.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 596 p.

PERES, A.M.A.M. **A descentralização da política de saúde no Brasil: a municipalização é mesmo o caminho?** Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. 119 pp.

POSNER, P. The politics of coercive federalism in the Bush Era. **The Journal of Federalism**, v. 37, n. 3, p. 22, 2007.

PRADO, S. **A questão fiscal na federação brasileira: diagnóstico e alternativas**. Rio de Janeiro: CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2007. 145 pp. Disponível em: <http://www.eclac.org/brasil/publicaciones/xml/9/28329/LCBRSR179SergioPrado.pdf>. Acesso em: 13/05/2007.

RAVANELLI, P. **Consórcios públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre os entes federados.** III Congresso CONSAD de Gestão Pública, p. 25, 2010. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.repositorio.seap.pr.gov.br%2Farquivos%2FFile%2FMaterial\\_%2520CONSAD%2Fpaineis\\_III\\_congresso\\_consad%2Fpainel\\_51%2Fconsorcios\\_publicos\\_os\\_os\\_desafios\\_do\\_fortalecimento\\_de\\_mecanismos\\_de\\_cooperacao\\_e\\_colaboracao\\_entre\\_os\\_entes\\_federados.pdf&ei=z51-TbKNE6SN0QGwx9T7CA&usg=AFQjCNGdyyIJcKOsFQuOblucZvAOZEJ8sg&sig2=TzizQtrGix7Q3GiGFoARgQ](http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.repositorio.seap.pr.gov.br%2Farquivos%2FFile%2FMaterial_%2520CONSAD%2Fpaineis_III_congresso_consad%2Fpainel_51%2Fconsorcios_publicos_os_os_desafios_do_fortalecimento_de_mecanismos_de_cooperacao_e_colaboracao_entre_os_entes_federados.pdf&ei=z51-TbKNE6SN0QGwx9T7CA&usg=AFQjCNGdyyIJcKOsFQuOblucZvAOZEJ8sg&sig2=TzizQtrGix7Q3GiGFoARgQ)>. Acesso em: março de 2011.

REZENDE, F.C. **Por que falham as reformas administrativas?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. 132 p.

SANTOS, W.G.D. **O ex-Leviatã brasileiro.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 277 p.

SERGIPE. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Reforma Sanitária 2011.** Governo do Estado de Sergipe. Disponível em: <<http://www.ses.se.gov.br/>>. Acesso em: 04/3/2011.

SILVA, L.M.V.D. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. D. (org.). **Avaliação em saúde.** Salvador/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal da Bahia, pp. 15-39, 2005.

SILVA, M.V.C.P.D.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde, 80 pp, 2004.

SOUZA, C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. *In*: FLEURY, S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.** Rio de Janeiro: FGV, pp. 187-211, 2006.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. DADOS. **Revista de Ciências Sociais**, v. 44, n. 3, p. 48, 2001.

StatsDirect Statistical software [programa de computador]. Versão 2,7,8. England: STATSDIRECT LTD.; 2010.

SWEDISH INSTITUTE. **Health care in Sweden.** 2009. Disponível em: <<http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Health-care/Facts/Health-care-in-Sweden/>>. Acesso em: 10/07/2010.

THE COMMONWEALTH FUND. **International Profiles of Health Care Systems** New York, NY: The Commonwealth Fund, 2010. 64 pp. Disponível em: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417\\_Squires\\_Intl\\_Profiles\\_622.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf). Acesso em: 04/11/2010.

VIANA, A.L.D.A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.



VIANA, A.L.D.Á.; LIMA, L.D.D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A.L.D.A.; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 11, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N.D. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro [on line],v. 25, n.sup. 2, p. S217-S226, 2009.

WATTS, R.L. **The relevance today of the federal idea**. International Conference on Federalism 2002, p. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.forumfed.org/federalism/www.federalism2002.ch>>. Acesso em: 08/04/2006.

## APÊNDICE

### Microrregiões de Minas Gerais agrupadas por macrorregião de saúde e características selecionadas

Microrregião	Macrorregião	População 2009	PIB <i>per</i> <i>capita</i> 2007 (mil Reais)	IFDM 2006	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal 2007	Razão de Mortalidade Materna 2007
Alfenas/Machado	Sul	309.903	4,87	0,74	7,09	24,80
Guaxupé	Sul	152.710	6,65	0,76	12,25	52,52
Itajubá	Sul	196.292	5,21	0,73	16,36	0,00
Lavras	Sul	171.031	5,96	0,75	9,85	0,00
Passos/Pium-hi	Sul	275.606	7,43	0,75	10,77	0,00
Poços de Caldas	Sul	215.578	8,37	0,80	9,14	39,68
Pouso Alegre	Sul	490.338	7,19	0,73	7,12	51,40
São Lourenço/Caxambu	Sul	257.750	4,36	0,72	14,98	31,62
São Sebastião do Paraíso	Sul	119.851	5,38	0,72	16,76	67,16
Três Corações	Sul	128.413	7,02	0,71	13,53	116,21
Três Pontas	Sul	122.207	4,87	0,77	16,01	0,00
Varginha	Sul	182.276	10,66	0,75	8,66	0,00
Barbacena	Centro-Sul	230.186	4,57	0,73	16,93	113,08
Conselheiro Lafaiete/Congonhas	Centro-Sul	290.342	7,05	0,73	12,30	0,00
São João del Rei	Centro-Sul	212.786	4,58	0,75	14,15	39,48
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	Centro	3.339.852	7,66	0,73	8,63	40,70
Betim	Centro	681.089	20,35	0,69	9,43	23,33
Contagem	Centro	808.410	9,37	0,69	7,70	18,48
Curvelo	Centro	174.725	6,28	0,72	12,21	126,90
Guanhães	Centro	125.146	2,79	0,63	11,06	0,00
Itabira	Centro	220.071	9,73	0,70	14,61	67,29
Itabirito	Centro	167.994	13,54	0,71	14,01	41,39
João Monlevade	Centro	136.939	7,80	0,73	9,93	58,34
Sete Lagoas	Centro	429.357	7,54	0,73	12,10	37,96
Vespasiano	Centro	274.053	7,26	0,72	8,09	0,00
Diamantina	Jequitinhonha	174.953	2,65	0,68	13,71	40,68
Minas Novas/Turmalina/Capelinha	Jequitinhonha	121.403	2,18	0,68	17,07	0,00
Bom Despacho	Oeste	100.865	5,35	0,77	17,03	0,00
Divinópolis/Santo Antônio Monte	Oeste	433.188	6,23	0,75	9,70	0,00
Formiga	Oeste	129.236	5,79	0,78	14,09	71,89
Itaúna	Oeste	114.959	7,56	0,79	9,23	72,36
Pará de Minas	Oeste	202.353	6,16	0,74	10,07	0,00
S Antônio Amparo/Campo Belo	Oeste	217.758	4,09	0,73	11,40	40,40
Caratinga	Leste	193.490	3,44	0,69	17,83	0,00
Coronel Fabriciano/Timóteo	Leste	219.024	7,90	0,73	12,29	0,00
Governador Valadares	Leste	400.832	4,53	0,67	12,72	73,05
Ipatinga	Leste	378.955	10,14	0,69	8,33	19,58
Mantena	Leste	73.717	3,40	0,66	15,64	0,00

continua

## continuação

Santa Maria do Suaçuí/São João						
Evangelista	Leste	113.672	2,37	0,63	15,91	64,31
Resplendor	Leste	84.588	4,23	0,68	13,97	0,00
Além Paraíba	Sudeste	56.757	5,61	0,71	15,69	0,00
Carangola	Sudeste	124.082	2,77	0,69	16,42	0,00
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim						
Jardim	Sudeste	651.626	6,77	0,74	12,54	79,98
Leopoldina/Cataguases	Sudeste	175.374	4,80	0,74	12,21	52,36
Muriaé	Sudeste	164.755	3,90	0,74	13,83	0,00
Santos Dumont	Sudeste	51.097	5,08	0,72	17,54	310,08
São João Nepomuceno/Bicas	Sudeste	71.654	3,33	0,74	21,02	249,69
Ubá	Sudeste	293.910	4,14	0,73	12,54	29,15
Brasília de Minas/São Francisco						
Coração de Jesus	Norte	240.255	1,91	0,62	11,91	55,08
Francisco Sá	Norte	49.006	2,22	0,66	65,48	0,00
Janaúba/Monte Azul	Norte	73.169	4,25	0,66	8,79	0,00
Januária	Norte	272.029	2,64	0,68	9,11	0,00
Januária	Norte	113.410	2,36	0,62	6,32	57,18
Montes Claros/Bocaiúva	Norte	457.171	4,82	0,76	11,19	0,00
Pirapora	Norte	140.074	6,91	0,69	10,08	87,80
Salinas/Taiobeiras	Norte	60.062	2,13	0,63	9,72	38,30
Manga	Norte	204.686	1,80	0,58	4,97	0,00
Patos de Minas	Noroeste	406.909	5,84	0,73	10,02	58,89
Unai	Noroeste	251.380	5,78	0,71	8,97	52,53
Manhuaçu	Leste-Sul	325.285	4,12	0,68	16,21	19,49
Ponte Nova	Leste-Sul	212.430	3,96	0,71	11,11	0,00
Viçosa	Leste-Sul	134.784	3,29	0,70	11,30	0,00
Águas Formosas	Nordeste	70.967	2,44	0,59	24,28	187,27
Almenara	Nordeste	182.766	2,25	0,64	11,90	0,00
Araçuaí	Nordeste	93.048	2,04	0,65	18,75	83,75
Itaobim	Nordeste	78.089	2,28	0,61	14,35	0,00
Nanuque	Nordeste	71.207	4,26	0,68	18,81	94,43
Padre Paraíso	Nordeste	59.990	1,83	0,56	15,56	87,34
Pedra Azul	Nordeste	55.059	2,85	0,63	24,76	0,00
T. Otoni/Malacacheta/ Itambacuri	Nordeste	306.500	2,99	0,61	16,30	98,56
Araxá	Triângulo do Sul	166.852	11,18	0,81	6,23	0,00
Frutal/Iturama	Triângulo do Sul	163.225	11,78	0,73	11,66	49,88
Uberaba	Triângulo do Sul	368.689	10,97	0,72	10,97	40,89
Ituiutaba	Triângulo do Norte	183.416	7,72	0,76	9,66	45,52
Patrocínio/Monte Carmelo	Triângulo do Norte	188.624	6,43	0,75	11,05	0,00
Uberlândia/Araguari	Triângulo do Norte	843.833	11,99	0,74	11,10	28,18

Fonte: FJP, FIRJAN, IBGE, SES/MG, SIM, CNES/DATASUS. Elaboração própria.