



## **[REES\_017] - ANÁLISE DOS FATORES ESTRUTURANTES DA QUALIDADE DA SAÚDE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS**

Aucione Aparecida de Barros Guimarães - Dulceblene Rayne Santos de Oliveira  
- Marlon Henrique Berbet Ferraz - Roberto Miranda Pimentel Fully

### **1 INTRODUÇÃO**

O presente estudo tem como objetivo central pesquisar, dentro da área de conhecimento de Gestão Pública, com especificidade na área da saúde, os fatores determinantes da qualidade da saúde nos municípios de Minas Gerais. Segundo Farias *et al* (2012) os custos envolvidos no setor saúde são relevantes e influenciam a economia em vários países do mundo. Vê-se a necessidade de abordar o assunto, pois no Brasil, são vários problemas que envolvem o setor de saúde pública.

Pesquisas realizadas por LaForgia e Couttolenc (2009) os gastos com saúde impactam de forma significativa o PIB, que é o produto interno bruto, perfazendo o percentual de 8%, e o principal financiador dos gastos hospitalares brasileiros é o Sistema Único de Saúde.

Para Mattos *et al* (2009) o tratamento da doença é mais caro para o município do que a prevenção através de programas fundamentados em ações interdisciplinares.

São inúmeras as problemáticas que envolvem o setor de saúde no Brasil, para Varela e Farina (2007) ao analisarmos os estabelecimentos médicos, as políticas setoriais e o modelo de saúde que foram adotados.

Segundo Mattos *et al* (2009) observa-se a complexidade do segmento da saúde nos setores da sociedade, envolvendo complicadas relações econômicas, interesses e relações distintas quanto a sua coordenação. O estado brasileiro tem em suas obrigações a oferta universal de bens de saúde, uma vez que é obrigação do estado zelar pelo o bem-estar da população



principalmente para as bases mais carentes.

Por fim, diante do exposto, surge a necessidade de mensurar as ações dos governos no provimento da saúde para a população, utilizando-se de fatores e variáveis que apontem e direcionem para um fator determinante, onde serão analisados 53 municípios da macrorregião leste sul da saúde do estado de Minas Gerais.

Mediante a complexidade do segmento da saúde nos setores da sociedade torna-se necessário o estudo sobre aspectos da gestão de recursos e financiamentos no setor de saúde no Brasil que, segundo Faria et al. (2012), comparado a outros países, ainda tem investido um percentual do PIB abaixo da média, o que poderia sugerir uma falha de financiamento no setor.

Desta forma, foi elaborada a seguinte questão problema: As ações de governo no provimento da saúde para a população nos municípios mineiros têm reflexos significativos no desenvolvimento socioeconômico dos municípios?

Por isso, o objetivo deste trabalho foi o de avaliar a alocação de recursos públicos em políticas de saúde pública em 53 municípios que compõem a macrorregião leste sul da saúde de Minas Gerais no período de 2011 a 2012, a partir da pesquisa realizada por Farias et al. (2012).

Os resultados obtidos no mesmo, que serão detalhados nas análises de resultados e nas considerações finais, apontam que o desenvolvimento sócio econômico dos municípios mineiros está atrelado às políticas públicas de investimento nos fatores estruturantes de bem-estar.

O presente estudo está dividido em cinco seções, sendo a primeira esta introdução, a segunda, um referencial teórico utilizado para subsidiar este trabalho, a seção terceira é da metodologia, a quarta são as análises de dados e por fim a seção quinta é relativa às considerações finais.



## **REFERENCIALTEÓRICO**

### **2.1 FINANÇAS PÚBLICAS NOBRASIL**

No resgate histórico conceitual podemos entender o conceito de finanças públicas proposto, Musgrave e Musgrave (1980) entendiam finanças públicas como uma junção de problemas que se reúnem em torno do processo de receitas e despesas.

Já no entendimento de Baleeiro (1996), a definição de atividade financeira vai além, uma vez que engloba o bem coletivo quanto à obtenção do direito público, consistindo em obter, criar, gerir e despender o dinheiro indispensável às necessidades básicas.

De acordo com Pereira (2006), entende-se receita pública, como fonte de obtenção, onde os recursos financeiros entram nos cofres públicos se efetivando de maneira permanente no patrimônio do Estado, sem ser submetido à devolução ou correspondente baixa patrimonial assim, a despesa pública se constitui de toda saída de recursos ou de todo pagamento efetuado, pelos agentes pagadores para saldargastos.

Conforme Vasconcelos (2009) aponta, a Lei da Responsabilidade Fiscal, nº. 101/2000, veio para equalizar o total descontrolado que havia nas finanças públicas, onde os gastos do governo eram superiores a arrecadação, o que gerava resultados negativos na economia que eram repassados para a sociedade como inflação alta, baixa taxa de crescimento econômico e perda do bem-estar social.

Matias-Pereira (2012) conceituam as finanças públicas como a gestão das operações relacionadas com a receita, despesa, o orçamento e o crédito público, dessa forma relacionam-se as finanças com a preocupação relacionada à obtenção, distribuição, utilização e controle dos recursos financeiros do Estado.

### **2.2 GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA**



No entendimento de Hsiao (2007) os investimentos em saúde pública representam um forte impacto sobre o PIB (Produto Interno Bruto), sendo que representavam 3% em 1948 e passaram para 8,7% do PIB em 2004, e entre 1998 e 2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde, de 5,7%, superou a taxa média de crescimento da economia mundial que foi de 3,6%.

Mas segundo Opas (2007), entende-se que a eficiência e a efetividade nesta área não dependem apenas dos gastos empregados em assistências médicas, mas se os serviços prestados por eles são realmente de qualidade e acessíveis à população.

Em contrapartida, os países emergentes, preocupam-se com mais um fator, o de extensão dos serviços à população de modo geral, concorrendo com outros setores dependentes do financiamento para desenvolver-se social e economicamente, a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total na visão de Schieber et al (2007).

De acordo com Fadel e Filho (2009) houve um processo de descentralização no Brasil na década de 1990, onde o Governo Federal entendeu a necessidade de dar mais autonomia aos estados e municípios. A partir daí, criou-se um melhor planejamento em relação aos gastos municipais, já que a participação popular aumentou e com ela uma maior exigência em relação a qualidade da saúde.

Comparado com os EUA o percentual do PIB utilizado na saúde no Brasil é relativamente baixo, porém é bastante próximo ao de outros países da Europa e Oceania, por exemplo, que também possuem sistemas universais WHO (2010), veja no gráfico a seguir:

Para Novaes e Mattos (2010), no contexto brasileiro, uma forma de reduzir os gastos com a saúde seria uma maior cobertura de tratamento e controle das redes de esgoto. Outra variável analisada é a participação dos planos privados de saúde; entende-se que quanto maior a cobertura dos planos, menor o gastopúblico.



### 2.2.1 GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A má alocação dos recursos mediante a uma gestão ineficiente por partados estados e municípios resulta em altos custos com atividades burocráticas e repasse deficiente a programas de assistência sanitária, ressaltando que as verbas repassadas passam por um ciclo onde as esferas locais, dependem das políticas delimitadas pelo Governo Federal afirma Silva e Medici(1988).

Para Ocké-Reis (2001) a cultura das famílias brasileiras relacionada aos gastos com saúde privada, devido à escassez dos serviços de saúde pública, acaba desencadeando um cenário onde há um estímulo à competição por parte dos planos e seguros privados que, por sua vez, reivindicam o barateamento dos procedimentos médicos e hospitalares para poderem atender à sua demanda.

No entendimento proposto por Teixeira e Teixeira (2003), gestão dos recursos e planejamento eficaz dos mesmos são essenciais em todos os setores da economia, principalmente no setor público, onde os recursos são escassos e a restrição orçamentária se torna fator a dificultar a equidade na promoção da cidadania que engloba aspectos sociais e de saúde.

Conforme Ribeiro *et al* (2005) apresentam que o sistema de saúde no Brasil é pluralista, tanto em fontes de financiamento e modalidades de atenção à saúde, como em termos institucionais. Tal pluralidade se revela em quatro vertentes de acesso da população aos serviços de saúde.

Segundo Ribeiro *et al* (2007), o financiamento da saúde pública é objeto de preocupação em quase todos os países, nos em desenvolvimento e nos desenvolvidos, pois alega o autor que nos países desenvolvidos, há um investimento considerável em saúde, porém, os resultados não atendem às expectativas de equidade efetiva, já nos países em desenvolvimento ocorre uma grande adversidade em garantir a universalização da cobertura da saúde pública.

Segundo Menicucci (2007), nos primeiros anos do SUS, a ausência de fontes estáveis de financiamento vis-à-vis ao aumento da demanda a partir da



universalização da cobertura degradou a qualidade dos serviços de saúde.

**TABELA 1- COMPARATIVO DE GASTOS PÚBLICO-PRIVADO COM SAÚDE**

<b>Ano</b>	<b>Gastopúblico</b>	<b>Gastoprivado</b>
2010	47,02%	52,98%
2011	45,74%	54,26%
2012	46,42%	53,58%

Fonte: Machado et al 2015- Os Gastos Públicos e Privados com Saúde de 2000 a 2015

Apontam La Forgia e Couttolenc (2009), que a parcela correspondente a recursos gastos com saúde equivale a 8% do PIB Nacional Brasileiro. De acordo com as estimativas em 2002, esse valor chegou a R\$ 70,4 bilhões, desse montante, 67% – R\$ 47,3 bilhões foram gastos com atenção hospitalar sendo que destes o maior repasse vai para SUS com cerca de 58 % ou R\$ 27,5 bilhões do total de gastos com hospitais.

Pesquisas realizadas de forma conjunta pelo IBGE em 2012 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, em conjunto com o IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Ministério da Saúde, ANS (Agência Nacional de Saúde) e Fundação Oswaldo Cruz, verificou-se a necessidade de investir mais recursos tais como a elaboração de Contas-Satélites de Saúde, nesta pesquisa inferiu-se que o setor de saúde, no período de 2007 a 2009, foi responsável por 6,1% em média, do total da produção de riqueza do país (PIB), onde a saúde pública contribuiu com apenas um terço no setor.

De acordo com dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos com saúde no país tanto no setor público como privado equivalem a 8,8% do PIB, IBGE (2012).



Na visão de Queiroz (2013) os setores de saúde pública e privado atentaram para o conceito de incorporações tecnológicas associadas a área de assistência, com o foco voltado para algumas tendências da prestação de serviços como, novos medicamentos, novas técnicas cirúrgicas que possibilitam intervenções menos invasivas, medicamentos e procedimentos que auxiliem no atendimento em domicílio.

Na visão de Santos et al (2013), a existência dos seguros privados evidencia a desigualdade de acesso ao sistema público de saúde, existindo assim, uma imparcialidade em relação ao financiamento, produção, uso e acesso aos serviços, o que os torna mais custosos ao SUS.

De acordo com Miotto et al (2014) 80% dos gastos das famílias com assistência à saúde são referentes a remédios e planos de saúde.

Segundo dados do IBGE (2015), 72 milhões de brasileiros são beneficiários de planos de saúde, o que corresponde a 35,12% da população brasileira, isso evidencia o quanto o setor público tem que ser mais efetivo e eficaz na proteção à saúde dos brasileiros, que arcam por serviços que deveriam ser prestados pelo governo.

No entendimento de Machado (2015) o financiamento estatal no Brasil está longe dos padrões universais de saúde, já que são as famílias brasileiras que arcam com os gastos, bastante relevantes, pois são privados – o que corresponde à maior parte dos gastos totais familiares.

Através de um estudo realizado sobre a eficiência dos gastos com saúde pública nos estados brasileiros Andrett & Rosa (2015) evidenciaram que o número máximo de estados 100% eficientes em um determinado ano não corresponde às expectativas.

Segundo pesquisas de Who (2015), o gasto total do PIB brasileiro em 2012 com saúde foi de 9,32%, tendo como média mundial 10%, porém de acordo com a constituição, as políticas de saúde devem ser públicas e gratuitas e, com isso, provocando uma tendência de pressão sobre aumento da participação dos gastos de saúde sobre o PIB brasileiro.

Para Soares et al (2016), a alocação orçamentária repassada aos municípios



foi dividida de forma mista, uma vez que parte dos orçamentos é repassada direto para o Fundo Municipal de Saúde. Outra parte é repassada utilizando a tabela padronizada do Sistema Único de Saúde (SUS) aos prestadores de serviços de acordo com sua produção e a terceira fonte provem de uma aplicação direta do município.

### 2.3 SANEAMENTO BÁSICO

De acordo com Mendonça (1995), Saneamento Básico deve ser compreendido como atividades que objetivam controlar e prevenir doenças transmitidas por insetos e animais advindos de locais sujos, que habitam em locais sujos e poluídos, promovendo maior qualidade de vida aos indivíduos.

Para Lopes (2004), a definição de Saneamento básico consiste em controlar e adequar às condições que rodeiam o indivíduo que exerçam ou possam exercer danos ao seu bem-estar físico, mental ou social. O saneamento básico deve ser entendido como algo indispensável à qualidade de vida.

Nascimento e Heller (2005) ressaltam a importância das as ações de saneamento básico no meio ambiente, principalmente no que tange os recursos hídricos que são de suma importância para a qualidade de vida dos seres vivos nos mais variados ecossistemas. Os reflexos das ações de saneamento ou de sua Carência são notórios e carecem do máximo de atenção.

Para Luz (2005), a adoção de algumas medidas para solucionar os problemas com a poluição das águas deve ser entendida como medida urgente e essencial para a preservação da vida, o mesmo evidencia essas medidas como: leis rigorosas que façam as indústrias tratar seus resíduos antes de lançá-los ao meio ambiente; aumentar áreas de fiscalização dessas indústrias, ampliação de redes de esgoto e principalmente, saneamento básico como dever do estado e como medida para impulsionar o bem-estar social.

O saneamento básico tem como papel fundamental a garantia do equilíbrio de



bem-estar social e preservação ambiental se tornando fator fundamental no que diz respeito a desenvolvimento socioambiental. Funasa (2006).

Para Heller e Rezende (2008), a promoção da saúde através de iniciativas que visam proporcionar condições de vida adequadas aos seres humanos, controlando os riscos por meio de prevenção e fomentando a qualidade da saúde, resumem a finalidade do conceito de saneamento básico.

## 2.4 -ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL

O IDH-M, assim como o IDH, possui como base três componentes definidos como essenciais para a vida das pessoas, são eles: educação, longevidade e renda, esses componentes fazem parte de um conjunto de indicadores que têm por objetivo apresentar a situação de um município em termos de desenvolvimento humano, segundo FJP; IPEA; PNUD (2005).

O IDHM tem como princípio o desenvolvimento centrado nas pessoas, e não apenas em crescimento econômico possuindo três componentes que viabilizam a comparação entre os municípios brasileiros. O ranking do IDHM serve como base para que políticas de desenvolvimento sejam reestruturadas com o objetivo de melhoria da vida das pessoas, conforme PNUD (2013).

Conforme mostra Prearo (2015), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) é mensurado em todos os municípios brasileiros por meio de seus indicadores, utilizando-se de informações socioeconômicas sobre os municípios e estados do país e Distrito Federal, havendo uma pequena diferenciação em seus métodos de cálculo.

De acordo com Machado e Pontili (2008) o dispêndio com aquisição de bens e serviços, ou seja, o consumo privado, tem interferência direta na variação do PIB. Dessa forma, entende-se que quanto maior for o consumo, maior é a tendência de crescimento do PIB, do mesmo modo que, quanto menor o consumo menor a possibilidade de crescimento do PIB.

A definição do PIB para Assaf Neto (2009) consiste em considera-lo como sendo o valor de mercado dos bens e serviços finais produzidos pelo país em



determinado período.

Para Tremea (2011), o cálculo do PIB pode ser observado de diferentes ângulos, devendo levar em consideração o valor adicionado por setores de atividade econômica, que deve ser igual a renda gerada, bem como pode ser obtido pela relação dos gastos da sociedade.

a) ÍNDICE MINEIRO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) foi criado para elencar o grau de desenvolvimento dos municípios mineiros avaliando de forma qualitativa variáveis relacionadas à sócio economia, infraestrutura, serviços públicos, instrumentos de governança, avaliando a responsabilidade social dos três níveis de governo sendo o municipal, estadual e federal, segundo FJP (2013).

De acordo com Stefani *et al* (2013), o cálculo do IMRS é estruturado de 0 a 1, onde os maiores níveis são relacionados ao desenvolvimento local e ações de políticas setoriais e, por mais que se fundamente em escala quantitativa deve ser compreendido através do modelo qualitativo.

De acordo com (Conei, s.d.), o IMRS deve avaliar os municípios mineiros através de dimensões como: renda, saúde, educação, segurança pública, gestão, habitação e meio ambiente, cultura, esporte e lazer, esforços para alterar a situação seriam captados por meio da variação dos indicadores ao longo do tempo.

De acordo com a Lei Estadual n.º 15.011 de 2004, o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) deveria ser calculado pela Fundação João Pinheiro a cada dois anos, para todos os municípios do estado, medindo as ações que contemplam a variável responsabilidade social das três esferas de governo. IMRS (2015)

Segundo Filho *et al* (2015), o Índice Mineiro de Responsabilidade Social - IMRS é um indicador consolidado, criado pela Lei 14.172 de 15 de janeiro de 2002, que têm por objetivo divulgar o perfil de desempenho dos municípios do Estado de Minas Gerais, nas diversas áreas sociais. O indicador é elaborado por um



projeto da Fundação João Pinheiro – FJP, que coleta, organiza e analisa os dados obtidos junto aos municípios mineiros. Efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal nos Indicadores de Desenvolvimento e de Responsabilidade Social dos Municípios do Estado de Minas Gerais.

### **3 METODOLOGIA**

A metodologia encontra-se dividida em três etapas, sendo elas, estratégia de coleta de dados, análise e tratamento dos dados e modelo estatístico onde será utilizada a análise de regressão linear.

O presente estudo apresenta caráter exploratório, uma vez que, segundo Marconi e Lakatos (2002), a pesquisa exploratória contribui para evidenciar o problema e constituir hipóteses, que em vários casos, atribui à forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso, conforme os procedimentos adotados.

Quanto à abordagem, com o objetivo de evidenciar as diferenças entre os 53 municípios mineiros, na Macrorregião Leste Sul, da saúde aos fatores que influenciam na qualidade de vida relacionada à saúde, optou-se por uma metodologia qualitativa e quantitativa, utilizando as técnicas de Regressão Linear com múltiplas variáveis.

Quanto à análise de dados, trata-se de um estudo quantitativo, utilizou-se de técnicas da estatística descritiva como frequência relativa, média e desvio padrão, bem como técnicas exploratórias como correlação, como indica Creswell (2007).

De acordo com Mattar (2001), a pesquisa quantitativa tem como objetivo a comprovar hipóteses, desenvolver resultados das amostras para os que as estuda diante da quantificação de dados estruturados, estatisticamente.

#### **(B.1) Estatística Descritiva**

Segundo Freund, Simon (2000), a estatística descritiva sempre é utilizada quando o contexto envolve coleta, interpretação e apresentação de dados numéricos, sua análise é realizada de forma fidedigna sem procurar inferir



qualquer coisa que ultrapasse os próprios dados.

### **(B.2) Estatística inferencial**

Para chegarmos a uma finalidade, foi realizada uma pesquisa onde foi feita uma análise das variáveis que influenciam o índice de qualidade na saúde, tais dados foram coletados da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN); e dados contidos no Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) da Fundação João Pinheiro (FJP).

Segundo Hairet *al* (2009), a análise de regressão múltipla tem como objetivo utilizar as variáveis independentes onde os valores são considerados para prever os valores da variável dependente indicada pelo pesquisador.

Coelho-Barros *et. al.* (2008), apontam a análise de regressão como uma das técnicas estatísticas mais utilizadas em análise de dados, pois seu modelo é capaz de investigar e modelar a correlação entre variáveis.

**TABELA 2 - DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS TESTADAS PELO MODELO**

PSFPPA	Proporção da população atendida pelo Programa de Saúde da Família
GPAS	Gasto per capita com atividades de saúde
EOAS	Esforço Orçamentário em atividades de saúde
CPBF	Cobertura do Programa Bolsa Família para famílias cadastradas com renda per capita até R\$154,00
GPS	Gasto per capita com saneamento.
EOS	Esforço Orçamentário em saneamento
IMRS	Variável a ser explicada pelo modelo. Ela corresponde ao Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS-Saúde)



## 4 ANÁLISE DEDADOS

### (a) Estatística Descritiva

**TABELA 3-MATRIZ SUMARIZADA DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA**

Variáveis	Obs.	Média	Desvio	Min.	Máx.
psfppa2011	53	9.594.094	1.385.573	12.94	100
psfppa2012	53	9.711.491	6.696.859	71.26	100
gpas2011	53	3.979.379	1.402.344	183.56	766.65
gpas2012	53	4.481.953	173.783	0	874.39
eos2011	53	2.378.868	5.132.388	12.9	32.6
eos2012	53	2.356.226	6.107.506	0	35.8
cpbf2011	53	7.631.774	877.795	56.75	99.59
cpbf2012	53	7.775.736	1.073.816	59.71	119.21
gps2011	53	281.983	3.349.216	0	153.04
gps2012	53	3.533.943	431.051	0	193.99
var1	53	1.656.604	2.036.259	0	8.4



var2	53	180.566	2.191.629	0	9
imrs2012	53	.5692075	.0292735	.512	.663

O uso de estatística descritiva é importante para entender as características relativa a amostra utilizada para o estudo. A matriz sumarizada relaciona cada variável com a média estatística apurada, o desvio padrão e os resultados mínimo e máximo obtidos.

A tabela 3, Matriz Sumarizada de Estatística Descritiva, evidencia que nas 13 variáveis utilizadas foram obtidas 53 observações para cada, apontando os resultados por variáveis.

É importante entender os impactos que as variações podem ocasionar na amostra obtida, assim entender a média apurada em cada variável explicita a dispersão da amostra para aquela variável quando correlaciona a média com o desvio padrão os valores máximo e mínimo obtidos.

A intenção da matriz sumarizada é permitir uma compreensão de resultados *Outlet* que venham ocorrer e que possam dar viés na amostra.

Após análise das 13 variáveis inicialmente estruturadas, foi realizada um refino das informações que permitisse a elaboração de construtos mais adequados para elucidar o problema questão proposto neste trabalho.

Na construção do modelo de regressão linear com múltiplas variáveis ficará demonstrado as 06 variáveis explicativas utilizadas para o modelo.



**TABELA 4 MODELO DE REGRESSÃO LINEAR COM MÚTIPLAS  
VARIÁVEIS COM DEFASAGEM DE TEMPO**

Número de Observações: 53		F (6,46) = 2,81		Prob> F = 0.0204		R <sub>2</sub> = 0.2685	
imrs2012	Coef.	Std.Err.	T	P> t	[95% Conf.Interval]		
psfppa2011	-.0000288	.0002881	-0.10	0.921	-.0006088	.0005511	
gpas2011	.0001065	.0000418	2.55	0.014	.0000224	.0001906	
eos2011	-.0014189	.0009026	-1.57	0.123	-.0032358	.000398	
cpbf2011	-.0000152	.0004673	-0.03	0.974	-.0009558	.0009254	
gps2011	-.0000208	.0004697	-0.04	0.965	-.0009663	.0009247	
var1	.0037793	.0075567	0.50	0.619	-.0114315	.0189901	
_cons	.5588316	.0456291	12.25	0.000	.466985	.6506781	

Os construtos elaborados para a modelagem de regressão linear com múltiplas variáveis sem defasagem de tempo têm 53 observações com grau de liberdade 6, com o teste de Prob> F de 0.0204, o resultado deste teste é quanto mais próximo de zero mais relevante será estatisticamente. Tal resultado obtido para o modelo tem significância estatística, porém, não é robusto.

O resultado do R<sup>2</sup> mostra a capacidade do modelo proposto em explicar 26,85% do comportamento da variável dependente que é o Índice Mineiro de Responsabilidade Social.

Para refino do modelo econômico proposto, iremos utilizar o Teste T e o teste P-Valor como referência para explicar as variáveis independentes que tem relação estatisticamente significativa com a variável dependente.

Todas as variáveis estão dentro da distribuição normal prevista no Teste T que tem margem de análise de 3,50 e -3,50.

Os resultados da tabela 4 que apontam P-Valor superior a 0.150 foram desprezados por não demonstrarem relevância estatística significativa para o modelo. Desta forma somente as variáveis GPAS2011 e EOS2011 foram consideradas significativas para o modelo.

Análise das variáveis GPAS2011 e EOS2011:



- **GPAS2011:** Apresentou no Teste T o resultado de 2.55 ficando dentro dos parâmetros da distribuição normal padrão, ou seja, a probabilidade dos resultados auferidos nesta amostra se repetirem em outras amostras com a mesma característica é alta. O resultado do teste P-Valor foi de 0.014 mostrando que a variável tem alta relevância estatística em explicar o comportamento da variável dependente IMRS. O nível de confiança do modelo é de 5%.

O coeficiente obtido é positivo mostrando que a variável GPAS2011, gasto *per capto* com saúde, tem correlação positiva com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social. Este resultado nos faz inferir que quanto maior for o gasto *per capto* em saúde melhor será o resultado do IMRS.

- **EOS2011.** Apresentou no Teste T o resultado de -1.57 ficando dentro dos parâmetros da distribuição normal padrão, ou seja, a probabilidade dos resultados auferidos nesta amostra se repetirem em outras amostras com a mesma característica é alta. O resultado do teste P-Valor foi de 0.123 mostrando que a variável tem certa relevância estatística em explicar o comportamento da variável dependente IMRS. O nível de confiança do modelo é de 5%.

O coeficiente obtido é negativo mostrando que a variável EOS2011, esforço orçamentário em saneamento, tem correlação inversa com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social. Este resultado nos surpreendeu pois quanto maior o esforço orçamentário em saneamento pior é o resultado obtido no IMRS.

A princípio não faz sentido este resultado, pois temos que quanto maior for o investimento em saneamento melhor será o índice de desenvolvimento sócio econômico, e tendencialmente melhor serem os aspectos relacionados a saúde e qualidade de vida. Entretanto temos que no Brasil orçamento é autorizativo, assim podemos ter um viés na variável onde o esforço orçamentário previsto não tenha sido efetivamente se realizado.



**Tabela 5 - MODELO DE REGRESSÃO LINEAR COM MÚTIPLAS VARIÁVEIS SEM DEFASAGEM DE TEMPO**

Número de observações	F( 6, 46)	Prob> F	R <sub>2</sub>	Adj R-squared	Root MSE
53	3.58	0.0054	0.3181	0.2291	.0257
imrs2012	Coef.	Std.Err.	T	P> t	[95% Conf.Interval]
psfppa2012	-.001041	.0006634	-1.57	0.123	-.0023764 .0002945
gpas2012	.0000599	.0000325	1.84	0.072	-5.61e-06 .0001253
eos2012	-.0013996	.0007634	-1.83	0.073	-.0029363 .000137
cpbf2012	.0004068	.0003686	1.10	0.275	-.0003351 .0011487
gps2012	.0003423	.0003396	1.01	0.319	-.0003414 .001026
var2	-.0039613	.0067423	-0.59	0.560	-.017533 .0096103
_cons	.639871	.072259	8.86	0.000	.4944211 .7853208

Os construtos elaborados para a modelagem de regressão linear com múltiplas variáveis com defasagem de tempo, t-1, tem 53 observações com grau de liberdade 6, com o teste de Prob> F de 0.0054, o resultado deste teste é quanto mais próximo de zero mais relevante será estatisticamente, o resultado obtido para o modelo tem alta significância estatística.

O resultado do R<sub>2</sub> mostra a capacidade do modelo proposto em explicar 31,81% do comportamento da variável dependente que é o Índice Mineiro de Responsabilidade Social.

Podemos perceber que os resultados sem defasagem de Tempo melhoram a capacidade do modelo em explicar o comportamento da variável dependente.

Para refino do modelo econômico proposto iremos utilizar o Teste T e o teste P-Valor como referência para explicar as variáveis independentes que tem relação estatisticamente significativa com a variável dependente.

Todas as variáveis estão dentro da distribuição normal prevista no Teste T que tem margem de análise de 3,50 e -3,50.

Os resultados da tabela 5 que apontam P-Valor superior a 0.150 foram desprezados por não demonstrarem relevância estatística significativa para o modelo. Desta forma somente as variáveis PSFPPA 2012, GPAS2012 e EOS2012 foram consideradas significativas para o modelo. Percebe-se que com a defasagem de tempo mais uma variável se tornou significativa no modelo.



- **GPAS2012:** Apresentou no Teste T o resultado de 1.84 ficando dentro dos parâmetros da distribuição normal padrão, ou seja, a probabilidade dos resultados auferidos nesta amostra se repetirem em outras amostras com a mesma característica é alta. O resultado do teste P-Valor foi de 0.072 mostrando que a variável tem alta relevância estatística em explicar o comportamento da variável dependente IMRS. O nível de confiança do modelo é de 5%.

O coeficiente obtido é positivo mostrando que a variável GPAS2012, gasto per capto com saúde, tem correlação positiva com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social.

- **EOS2012.** Apresentou no Teste T o resultado de -1.83 ficando dentro dos parâmetros da distribuição normal padrão, ou seja a probabilidade dos resultados auferidos nesta amostra se repetirem em outras amostras com a mesma característica é alta. O resultado do teste P-Valor foi de 0.073 mostrando que a variável tem relevância estatística em explicar o comportamento da variável dependente IMRS. O nível de confiança do modelo é de 5%.

O coeficiente obtido é negativo mostrando que a variável EOS2012, esforço orçamentário em saneamento, tem correlação inversa com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social.

Assim como o teste com defasagem de tempo, o modelo sem defasagem também aponta uma correlação negativa o que deverá ser estudado com maior profundidade em pesquisas futuras.

- **PSFPPA2012.** Apresentou no Teste T o resultado de -1.57 ficando dentro dos parâmetros da distribuição normal padrão, ou seja, a probabilidade dos resultados auferidos nesta amostra se repetirem em outras amostras com a mesma característica é alta. O resultado do teste P-Valor foi de 0.123 mostrando que a variável tem certa relevância estatística em explicar o comportamento da variável dependente IMRS. O nível de confiança do modelo é de 5%.

O coeficiente obtido é negativo mostrando que a variável PSFPPA2012, proporção de família atendida pelo PSF, tem correlação inversa com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social.



A pesquisa aponta que, quanto maior o número de famílias atendidas pelo PSF pior será o resultado obtido no IMRS, o que parece um resultado contraditório, mas podemos entender que quanto maior é a quantidade de população atendida pelo PSF, este público atendido tem menor poder aquisitivo, podemos entender que esta cobertura se refere a população de menor poder aquisitivo assim com influência de correlação negativa com o IMRS.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa utilizou o IMRS para inferir nos fatores que impactavam no desenvolvimento dos municípios mineiros, baseada no trabalho de Farias *et al.* (2012), utilizada como parâmetro inicial para a elaboração dos próprios construtos destas pesquisas com finalidade de ajustar e calibrar as análises para o universo pesquisado.

Examinamos os municípios da macrorregião leste sul da saúde de Minas Gerais, que compreende os seguintes municípios: Abre Campo, Acaiaca, Alto Caparaó, Alto Jequitibá, Alvinópolis, Amparo da Serra, Araçuaia, Barra Longa, Cajuri, Canaã, Caputira, Chalé, Conceição de Ipanema, Diogo de Vasconcelos, Dom Silvério, Durandé, Guaraciaba, Ipanema, Jequeri, Lajinha, Luisburgo, Manhuaçu, Manhumirim, Martins Soares, Matipó, Mutum, Oratórios, Paula Cândido, Pedra do Anta, Piedade de Ponte Nova, Pocrane, Ponte Nova, Porto Firme, Raul Soares, Reduto, Rio Casca, Rio Doce, Santa Cruz do Escalvado, Santa Margarida, Santana do Manhuaçu, Santo Antonio do Gramma, São João do Manhuaçu, São José do Goiabal, São José do Mantimento, São Miguel do Anta, São Pedro dos Ferros, Sem-Peixe, Sericita, Simonésia, Taparuba, Teixeira, Uruçânia e Viçosa.

Os resultados obtidos pela pesquisa apontam uma necessidade de aprofundamento na questão do entendimento do desenvolvimento sócio econômico dos municípios mineiros, dado que existem inúmeras variáveis que impactam este desenvolvimento.

Podemos inferir que o modelo proposto tende a melhorar a calibragem e



assertividade com uma série amostral de tempo menor, pois com a comparação do modelo com defasagem de tempo e sem defasagem de tempo percebe-se que o modelo tende a ter melhor capacidade de explicação e maior significância sem adoção de defasagem de tempo.

Salienta-se também que alguns resultados inicialmente contraditórios apontam para uma necessidade de maior estudo do modelo que compõe o IMRS bem como o trato das variáveis explicativas, a saber, as variáveis de esforço orçamentário em saneamento e de população atendida pelo Programa Saúde da Família.

O Gasto per capto com saúde mostrou correlação direta com o IMRS mostrando que gasto efetivo em saúde afeta o desenvolvimento social dos municípios mineiros.

Por fim propõe-se que, para estudos futuros seja ampliada a série temporal com utilização de modelo com maior defasagem de tempo, além de uma quantidade de amostra também maior que permita a utilização de uma gama aumentada de variáveis sem perder a o grau de liberdade e o intervalo de confiança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrett M C da S; Rosa F, S, da. **Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: estudo sobre o desempenho de estados brasileiros**. XXII Congresso Brasileiro de Custos – Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 11 a 13 de novembro de 2015.

BARROS, Alexandre Rands. Desigualdades regionais e desenvolvimento econômico.. In: VELOSO, Fernando et al. (Org.). **Desenvolvimento Economico umaperspectiva brasileira**. 1.ed. RIO DE JANEIRO: Elsevier Editora Ltda, 2013. cap. 15, p. 426-444. v.1.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIANACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Dados eletrônicos**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

BRAVO, M. I. S. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006



BRESSER-PEREIRA, Luiz C. **Da administração pública burocrática à gerencial**. Revista do Serviço Público, v. 47, n. 2, jan./abr. 1996.

BOLIGIAN, Levonetal. **Geografia espaço e vivencia: o espaço geográfico mundial**, 8º ano. São Paulo: Atual, 2009.

CANCIAN, Renato. **UOL EDUCAÇÃO**. Disponível em:  
<<http://educacao.uol.com.br/historia-brasil/governo-itamar-franco.ihtm>>. Acesso em: 30 Maio 2017.

CARVALHO G. **A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados**. 27(78): 7-26,

CAVALCANTI, E. M. L. S; SANTANA, R. O; **Importância das Finanças Públicas Equilibradas para o Desenvolvimento Econômico de Um País**, 2014.

COELHO-BARROS, E. A. et al. **Métodos de estimação em regressão linear múltipla: aplicação a dados clínicos**. Revista Colombiana de Estadística, Bogotá, v. 31, n. 1, p.111-129, jun. 2008.

COHN, A. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. In: CAMPOS, G.

W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p.219-246.

CORE, F. G. **Reformas Orçamentárias no Brasil: Uma Trajetória de Tradição e Formalismo na Alocação dos Recursos Públicos**. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, España: CLAD 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo emisto**.

2. ed. Porto Alegre, Artmed, 2007

DIAMOND, J. from program to performance budgeting: **the challenge for emerging market economies**. IMF.



ELLERY, Roberto; TEIXEIRA, Arilton. O milagre, a estagnação e a retomada do crescimento: as lições da economia brasileira nas últimas décadas . In: VELOSO, Fernando et al. (Org.). **Desenvolvimento Econômico uma perspectiva brasileira**. 1. ed. RIO DE JANEIRO: Elsevier Editora Ltda, 2013. cap. 9, p. 263-

286. v. 1.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso**. *Revista de Administração Pública (RAP)*. Rio de Janeiro 43(1):07-22, JAN./FEV. 2009.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FILHO, G. A. L.; OTONI, B. de S.; VELOSO, J, T, R.; FERREIRA, K, R.; **Efeitos da**

**Lei de Responsabilidade Fiscal nos Indicadores de Desenvolvimento e de Responsabilidade Social dos Municípios do Estado de Minas Gerais**. 9º Congresso IBEROAMERICANO de contabilidad e Gestión.2015.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. **Investigação dos Níveis de Eficiência na utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais**. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.18, n.2, p.199-213, 2009.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FUNASA. **Manual de Saneamento**. 4ªEd. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2006.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA, PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Índice de desenvolvimento Humano dos Municípios Brasileiros–IDH**.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social**. Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Content/Files/IMRSGeral.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2017.

FURTADO, Celso. **Os ares do mundo**. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1991. 338p



GARCIA, R. C. **A Reorganização do Processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003.** Texto para Discussão IPEA n. 726, maio. 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GUIMARÃES, J. R. S.; JANNUZZI, P. M. **IDH, indicadores sintéticos e suas aplicações em políticas públicas: uma análise crítica.** R. B. Estudos Urbanos e Regionais, v. 7, n. 1, maio, 2005.

HAIR Jr., J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E. & TATHAM, R.L.

**Análise multivariada de dados.** 6.ed. Porto Alegre, Bookman, 2009.

HELLER, L.; REZENDE, S. **O saneamento no Brasil: políticas e interfaces.** 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

HSIAO, W. **Why is a systemic view of health financing necessary?** *Health Affairs*, Vol. 25, n 4, p. 950-961, july/august 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do**

**Brasil por Sexo e Idade — 1980-2050** — Revisão 2008. Diretoria de Pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.  
**Projeção da população do Brasil e das Unidades da  
Federação.** Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 25 de Set. 2015.

INSTITUTO TRATA BRASIL - SANEAMENTO É SAÚDE Disponível em:  
<<http://www.tratabrasil.org.br/lei-do-saneamento>>. Acesso em 27 de mai. 2017.

JONES, C.I. **Introdução à Teoria do Crescimento Econômico.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

KERSTEN, Ignácio Mendez. **A Constituição do Brasil e os Direitos Humanos.**  
In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, VIII, n.22, ago 2005.

Disponível em:



<[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=artigos\\_leitura\\_pdf&artigo\\_id=339](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=339)>. Acesso em nov 2016.

KAZMIER, Leonard J. **Estatística aplicada à economia e a administração**. 1 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

KINDLEBERGER, Charles P. **Desenvolvimento Econômico**. Rio de Janeiro: **Mc Graw-hill Do Brasil**, 1976.

LA FORGIA, G. M; COUTTOLENC, B.F, **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. / Gerard M. La. Forgia, Bernard F. Couttolenc. São Paulo: Singular, 2009.

LOPES, Denise Maria dos Santos. **Saneamento do Meio**. GeFAM/DVS/SÉS, fev., 2004.

LUZ, Luiz Augusto Rodrigues A. **Reutilização da água: Mais uma chance para nós**. RJ: Quality Mark, 2005.

MACHADO, E.F.; PONTILI, R.M. **PIB, taxa Selic e sua influência sobre investimentos em formação de capital fixo na economia brasileira**. Paraná, 2008. MACHADO JÚNIOR, J. T. **Racionalização da elaboração orçamentária através do Orçamento programa**. Artigo miografado. Sem data. p.3.

MACHADO, F. G. GELINSKI C.R. O. G.; DAL PRÁ, K.R.; **Os Gastos Públicos e**

Privados com Saúde de 2000 a 2015.

MANKIW, G.N. **Macroeconomia**. 7a Edição. Rio de Janeiro: LTC, 2012

MARCONI, M, de A.; LAKATOS, E.M; **Técnicas de pesquisa**. São Paulo. Atlas 2002. 5ª ed.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001. MATIAS-PEREIRA, José. **Finanças Públicas**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MENDONÇA, Gilmada Julita de. Saneamento Básico no Município de Santana do Garanhém. Tese de trabalho de conclusão de curso Geografia e Meio Ambiente – Bacharelado, da Universidade “Presidente Antônio Carlos” –



UNIPAC / Barbacena/ 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2007.

MINAS GERAIS. Lei 15.011 de janeiro de 2004. **Dispõe sobre a responsabilidade social na gestão pública estadual, altera a lei nº 14.172, de 15 de janeiro de 2002, que cria o índice mineiro de responsabilidade social, e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=869&ano=1952>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

MIOTO, T. C. R.; DAL PRA, K. R.; GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. **O processo de familiarização dos gastos e dos cuidados em saúde do Brasil**. In: FAGUNDES, H. S.; SAMPAIO, S. S. *Serviço Social: questão social e direitos humanos*. Editora: UFSC, v. 2, 2014.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. São Paulo: Atlas. 2006

MUSGRAVE, R. A.; MUSGRAVE, P. B. **Finanças públicas: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

NASCIMENTO, Nilo de Oliveira. HELLER, Lia. **Ciência, tecnologia e inovadora interface entre as áreas de recursos hídricos e saneamento**. v.10. n.1, jan/mar.,2005. 36-48. <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>.

Noblat, P. L. D., **Orçamento Público Conceitos Básicos**- Módulo 1- Brasília 2014 Atualizado em: dezembro de 2013- Enap, 2014

NOVAES, Lucas; MATTOS, Enlinson. **O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política**. *Revista de Economia Política*, v. 30, p. 140-158, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Health in the Americas, 2007 – v.1 – Regional**.



OCKÉ-REIS, C. O. **Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 12, n. 4, p. 1041 – 1050, 2007.

PEREIRA, L. C. B. “**Da administração pública burocrática à gerencial**”. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (Orgs.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

PESTANA, MARIA HELENA; GAGEIRO, JOÃO NUNES. **Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS.** Lisboa: Sílabo, 2005, 4. Ed.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>>. Acesso em 24 de novembro 2016.

PREARO, L. C.; MARACCINI, M, C.; ROMEIRO, M, do C.; **Fatores determinantes do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios do Estado de São Paulo**; Revista Brasileira de Políticas Públicas; V 5; n. 1; jan-jun 2015

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é o IDHM.**

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. **Gestão estratégica de**

**peças e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar.** Revista de Administração, São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out ./nov./dez. 2013.

REIS, C. O.O; SILVEIRA, FERNANDO. G; ANDREAZZI, M. de. F. S. de; **texto para discussão | 921 | dez 2002. Ipea**– Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

RIBEIRO, JA; PIOLA, SF e SERVO, LMS. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil.** Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, Dez.2005. Publicado na revista Divulgação em Saúde para Debate, CEBES: Rio de Janeiro.



SANCHES, Osvaldo M. **O ciclo orçamentário: uma reavaliação à luz da Constituição de 1988.** In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Ed.). Planejamento e Orçamento Governamental, v. 2, p. 187-217, 2007.

SANTOS, I. S; SANTOS, M. A. B; BORGES, D.C.L. **Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS.** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4, p. 73- 130,2013.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os Problemas Contemporâneos.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília; CAPES; UAB, 2010.

SCHIEBERet al. **Financing global health: Mission unaccomplished.** Health Affairs, Vol. 25, n 4, p. 921-934,2007.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das letras, 2010.

SIEDENBERG, D. R.. **Dicionário do Desenvolvimento Regional.** Santa Cruz: Edunisc, 2006.

SILVA, P. L. B. ; MEDICI, A. C.; **Considerações sobre o gasto em saúde no Brasil: dilemas até o final do século.** Cad. Saúde Pública vol.4 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1988.

SOARES, R. F.; CLEMENTE, A.; FREIRE, F. de. S.; Scarpin, J.E.; **Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde.**Rev. Adm. Pública vol.50 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2016.

SOUZA, L. M. dos S. de; CORREA C. E. L; MOURA S.R. de; SOARES, J. **Direitos Humanos Fundamentais na Constituição Federal de 1988;** 2010.

SOUZA,R, MEKBEKIAN, G, SILVA, M, LEITÃO, A; e SANTOS M (1994).“Indicadores da qualidade e produtividade.”, Sistema de gestão da qualidade para organizações construtoras. São Paulo.

STEFANI, J.; NUNES, M. A.; MATOS, R. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS): dinâmica espaço-temporal na região do**



**Jequitinhonha/Mucuri. 2013 (no prelo).**

SUCAIAR. I.S. P, **Bases econômicas do estado de bem estar social: Keynesianismo**; Maringá; 2011.

SPANGER, U. **Representação da Desigualdade de Fenômenos Econologicosem Índice de Bem Estar: uma proposta metodológica**. Tese de doutorado ,UFPR , 2003.

TEIXEIRA, H.V. TEIXEIRA, M.G. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops**. ABRASCO - Ciência e Saúde Coletiva: Economia e Gestão da Política de Saúde. Volume 8 número 2, 2003.

TEIXEIRA. H, V.; GONÇALVES. V, B.; **Gasto público com a saúde no Brasil:possibilidades e desafios**; Outubro de 2003.

TREMEA, N. J. C.; **As exportações e o Produto Interno Bruto do Brasil no período de 2000 a 2009**; Revista ADMpg Gestão Estratégica, v. 4, n. 1, 2011.

TRIVIÑOS, A.N. da Silva; **Introdução a pesquisa em ciencias sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo. Atlas, 1997

VASCONCELLOS, A. **Orçamento público**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2009.  
VASCONCELLOS, MARCO ANTONIO SANDOVAL DE.**Economia Micro e Macro:**

**Teoria e Exercícios, Glossário com 260 Principais Conceitos Econômicos**. São Paulo: Atlas, 2000.

VIANA, A. L. D. **As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas**. In: CANESQUI, A. M. (Org.). Ciências Sociais e Saúde para ensino médico. São Paulo: Hucitec, 2000. p.113-133.

W.A. LEWIS, *The Theory of Economic Growth, Homewood: Richard D. Irwin, 1955, pág. 1*

WHO.World Health Statistics 2010.Genebra, 2010.

World Health Organization.**World Health Statistics 2013**. Geneva: World Health Organization, 2013.



Revista  
**EMESCAM**  
de Estudos  
em Saúde

WHO - **WORLD HEALTH ORGANIZATION**.Global Health Observatory Data Repository.2015.

WILDAVISKY, A., DEMPSTER, *et al*, **A Theory of the Budgetary Process.**

American Political Science Review., v.LX, N. 8 . September, 1966.