

**BASES CONCEITUAIS E PROGRAMÁTICAS
DO CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM
MINAS GERAIS**

Marcus Pestana
Francisco Tavares Júnior
Eugênio Vilaça Mendes

BASES CONCEITUAIS E PROGRAMÁTICAS DO CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Marcus Pestana
Francisco Tavares Júnior
Eugênio Vilaça Mendes

RESUMO

A partir de 2007 o governo de Minas Gerais deu início a uma nova etapa do Choque de Gestão, que tem como objetivo consolidar o equilíbrio fiscal e a promoção de choques de gestão setoriais. Essa nova fase deve se estender até 2010 e se destina a consolidar a cultura de Estado para Resultados, ênfase na geração de resultados efetivos para a sociedade mineira é a principal busca, o plano também pode ser chamado de Choque de Gestão de segunda geração. O modelo de gestão para resultado na área de saúde teve como suporte o sistema de planejamento estratégico, que estabeleceu o conjunto das grandes escolhas que o governo deve buscar alcançar para a construção do futuro. A estratégia para a reorganização da área de saúde desenvolveu-se a partir da lógica das redes. Este artigo apresenta o contexto do início da transformação vivenciada pelo Estado. Este artigo enfatizará: a) a implantação de um modelo de gestão para resultados na área da saúde, alinhado com o planejamento do Estado; b) a reorganização da atenção a partir da lógica das redes; e c) as transformações na Secretaria Estadual de Saúde e suas entidades.

SUMÁRIO

1 O INÍCIO DAS TRANSFORMAÇÕES.....	3
2 O PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO (PMDI).....	4
3 A SITUAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS.....	8
4 A MUDANÇA DO SUS EM MINAS GERAIS – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	9
5 CONCLUSÃO.....	15
6 REFERÊNCIAS.....	16

1 O INÍCIO DAS TRANSFORMAÇÕES

A expressão Choque de Gestão – que é hoje uma marca registrada do governo de Minas Gerais – traduz o início de um plano de desenvolvimento para o estado e de superação da crise de gestão do governo estadual.

O plano se inicia já em 2003 e se estende até 2006, com diversas iniciativas destinadas especificamente a promover o ajuste fiscal e a organização do governo e suas ações prioritárias. Em 2007 inicia-se a implantação de uma nova etapa de mudanças, que podemos chamar de Choque de Gestão de segunda geração, visando agora à consolidação do equilíbrio fiscal e a promoção de choques de gestão setoriais, destinados a promover mudanças positivas que sejam tangíveis para a sociedade mineira.

O Choque de Gestão, nessa nova etapa, deve se estender até 2010 e se destina a consolidar em Minas Gerais uma cultura de Estado para Resultados; ou seja: um Estado capaz de executar as estratégias governamentais de forma efetiva e eficiente, promovendo a plena conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados.

O Estado para Resultados pode ser compreendido por meio das palavras do Governador de Minas Gerais, Aécio Neves:

Não se trata mais de medir a ação de um governo só pelo que ele investe nas políticas governamentais, mas pelos seus resultados efetivos que decorrem dos investimentos. Aumentamos o número de equipes do Programa de Saúde da Família? Que bom! Mas qual o avanço concreto que isso traz para as condições de saúde da população?

2 O PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO (PMDI)

A segunda etapa do Choque de Gestão tem como suporte um sistema de planejamento estratégico que estabelece o conjunto das grandes escolhas que orientarão a construção do futuro que se busca alcançar: **“Minas, o melhor estado para se viver”**.

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI é resultado desse planejamento estratégico e foi elaborado com uma perspectiva de movimento de “onde estamos” para “aonde pretendemos estar”, com a concepção de uma estratégia clara e a definição de uma carteira de projetos prioritários, articulando ações de longo, médio e curto prazos, para o período de 2007 a 2023. As ações de médio prazo abrangem períodos quadrienais e estão contidas nos Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG). As ações de curto prazo são programações anuais descritas na Lei Orçamentária Anual (LOA).

A Figura 1 abaixo resume a concepção do PMDI, na forma de um mapa estratégico, definido pelo governo do estado para alcançar sua visão de futuro.



Figura 1 – O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI)

Toda a estratégia de desenvolvimento proposta pelo governo do estado se sustenta em dois fundamentos: qualidade fiscal e qualidade e inovação em gestão pública.

Seis estratégias setoriais formam o núcleo propulsor do processo de transformação:

- Perspectiva integrada do capital humano;
- Investimentos e negócios;
- Integração territorial competitiva;
- Sustentabilidade ambiental;
- Rede de cidades; e
- Eqüidade e bem-estar.

Os resultados do PMDI apontam para pessoas instruídas, saudáveis e qualificadas; jovens protagonistas; empresas dinâmicas e inovadoras; eqüidade entre pessoas e regiões; e cidades seguras e bem cuidadas.

Para implantar um Estado para Resultados o governo definiu onze Áreas de Resultado que são espaços focais nos quais se concentram os esforços e os recursos, em geral numa perspectiva intersetorial, visando às transformações e às melhorias desejadas. Para cada área de resultado são definidos objetivos estratégicos, ações e resultados finalísticos específicos.

Cada área de resultado está integrada por **Projetos Estruturadores**, **Programas Associados** e **Programas Especiais** que, em conjunto, compõem a sua carteira de projetos.

- Projetos Estruturadores – representam as escolhas estratégicas do governo, dos quais se esperam os maiores impactos da ação do governo estadual e aos quais os recursos estaduais são alocados com prioridade.
- Programas Associados – são aqueles que mantêm colaboração sinérgica com os Programas Estruturadores, para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos do plano.
- Programas Especiais – não apresentam identificação evidente no Mapa Estratégico das Áreas de Resultados, mas são importantes por contemplarem ações setoriais complementares às ações dos Projetos Estruturadores e dos Programas Associados.

As ações no âmbito da saúde se distribuem em várias Áreas de Resultado, mas concentram-se mais fortemente na área do Mapa denominada **Vida Saudável**, que tem os objetivos estratégicos a seguir elencados, cada qual com suas respectivas metas de curto, médio e longo prazos:

- Universalização do acesso à atenção primária à saúde;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Ampliação da longevidade da população adulta;
- Aumento da eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde; e
- Ampliação do acesso ao saneamento básico.

A carteira de projetos da Área de Resultado Vida Saudável está organizada da seguinte forma:

Projetos estruturadores

- Rede Viva Vida – projeto de redução da mortalidade infantil e materna.
- Saúde em Casa – programa de fortalecimento da atenção primária à saúde.
- Regionalização da Atenção à Saúde – programa que tem como objetivo fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, garantindo a implantação de redes, com todos os seus componentes, incluindo os sistemas logísticos e de apoio. As principais iniciativas relacionadas a esse projeto são as seguintes:
 - Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – PRO-HOSP – programa de revitalização do parque hospitalar do estado, estimulando os hospitais socialmente necessários a desenvolverem uma política de qualidade.
 - Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde – programa de acesso regulado à atenção à saúde.
 - Rede de Atenção às Urgências e às Emergências – programa de aprimoramento dos serviços de atendimentos de urgência e emergência.
 - Transporte em Saúde – programa de organização do transporte de passageiros, exames e resíduos, que busca otimizar a comunicação entre os diversos pontos da Rede, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde.

- Vida no Vale – Copanor – programa que visa melhorar a qualidade de vida e promover condições para a prosperidade dos 92 municípios pertencente às bacias hidrográficas dos Rios Jequitinhonha, Mucuri e Leste, por meio da universalização dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, através de modelo sustentável.
- Saneamento Básico: Mais Saúde para Todos – programa que visa promover a saúde por meio da implantação, ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.

Programas Associados e Programas Especiais:

- Rede Mais Vida – programa de atenção às pessoas idosas.
- Rede Hiperdia – programa de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes.
- Farmácia de Minas – programa de distribuição de medicamentos.

Além disso, a SES/MG tem participação e relação com diversos outros Programas que não estão inseridos na área de resultados Vida Saudável, como:

- Minas Olímpica – programa que tem por objetivo educar pelo esporte, promover a cultura do esporte e da atividade física, e beneficiar o cidadão por meio da oportunidade de um estilo de vida mais saudável.
- Descomplicar – programa que busca simplificar as relações entre o Estado e as empresas, tendo em vista a construção de um ambiente institucional adequado ao bom desenvolvimento dos negócios e investimentos privados.
- Travessia – programa que visa promover a emancipação social e econômica das camadas mais pobres e vulneráveis da população através da articulação de ações integradas de base local.

3 A SITUAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS

A situação de saúde no estado caracteriza-se por uma transição muito rápida, do ponto de vista demográfico. Minas tem hoje 9% de sua população com mais de 60 anos; em 2023, serão mais de 4 milhões de pessoas idosas, aproximadamente 15% da população. Um contingente maior de população idosa representa mais doenças crônicas, vez que mais de 80% dos mineiros com idade superior a 65 anos referem ter doença crônica, como constatou a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE – PNAD/2003, (Fundação João Pinheiro, 2005).

A mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, caindo de 20,8 óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos, no ano 2000, para 15,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2006. Contudo, verifica-se que a grande maioria de óbitos infantis em 2006 decorreu de causas evitáveis (Meira, 2008).

Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) em maiores de 1 ano indicam que perto de 50% dos anos perdidos por mil habitantes são decorrentes de causas externas, doenças cardiovasculares e diabetes. Uma proxy da carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI), construída a partir dos dados nacionais médios, mostra que 15% dessa carga é causada por doenças infecciosas e parasitárias, 10% por causas externas, 9% por condições maternas e perinatais e 66% por doenças crônicas (Schramm et al., 2004). Isso significa que Minas Gerais vive uma transição epidemiológica singular, denominada de tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas devido ao problema da violência (Frenk, 2006).

Uma situação de tripla carga de doenças, sendo $\frac{3}{4}$ determinados por condições crônicas (doenças crônicas e causas maternas e perinatais), não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado, principalmente, para o atendimento de condições agudas, por meio de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar (Organização Mundial da Saúde, 2003). Esta incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde praticado constitui o principal problema do SUS no estado.

4 A MUDANÇA DO SUS EM MINAS GERAIS – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A estratégia fundamental de mudança proposta pelo governo do estado para o SUS em Minas Gerais está na implantação de sistemas integrados, com a formação de Redes de Atenção à Saúde capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no estado.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

As redes prioritárias de atenção à saúde foram definidas com base nas situações-problema identificadas na análise das condições do sistema de saúde no estado. Assim, a forte presença de causas evitáveis de mortalidade infantil gerou a Rede Viva Vida; a elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes gerou a Rede Hiperdia; a elevada morbimortalidade por causas externas e por agudizações de doenças crônicas gerou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e a transição demográfica acelerada e a elevada incapacidade funcional das pessoas idosas geraram a Rede Mais Vida.

Fundamentos das redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso. Em geral, os serviços de atenção

primária à saúde devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros, tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

O desenho de redes de atenção à saúde faz-se combinando, quantidade e qualidade dos serviços e condições de acesso. A situação ótima é dada pela concomitância de acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, produzidos com os benefícios de economias de escala. Quando houver conflito entre quantidade (escala) e acessibilidade, como acontece em regiões de baixa densidade demográfica, deve prevalecer o critério do acesso.

As redes de atenção à saúde têm como elementos constitutivos: a população adstrita, o modelo de atuação e a estrutura operacional.

O primeiro elemento de uma rede de atenção à saúde, e sua razão de ser, é a população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e vivendo em territórios sanitários bem definidos.

O segundo elemento é o modelo de atuação da rede, o sistema lógico que organiza o seu funcionamento, articulando os componentes, as intervenções sanitárias e a população. O modelo de atenção à saúde é definido em função das prioridades e estratégias governamentais, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O terceiro elemento das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, que comporta cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação, concentrado na Atenção Primária à Saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e a governança das redes.

Modelo

As redes de atenção à saúde no SUS devem ser construídas de acordo com uma base territorial e esta deve estar definida no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O PDR de Minas Gerais passou por uma reavaliação em 2003, com o objetivo de promover uma regionalização mais adequada à realidade do estado e às políticas e estratégias do governo. Com a revisão dos critérios de regionalização da atenção à saúde, o estado de Minas Gerais foi dividido em 75 microrregiões sanitárias e 13 macrorregiões sanitárias.

A construção das redes de atenção tem como premissa a oferta de atenção primária à saúde de forma descentralizada, em todos os municípios, e, por outro lado, a concentração dos serviços de atenção secundária em pólos microrregionais e os serviços de atenção terciária em pólos macrorregionais.

O modelo de atenção das redes de saúde que está sendo implantado no estado de Minas Gerais está representado na figura 2 abaixo.

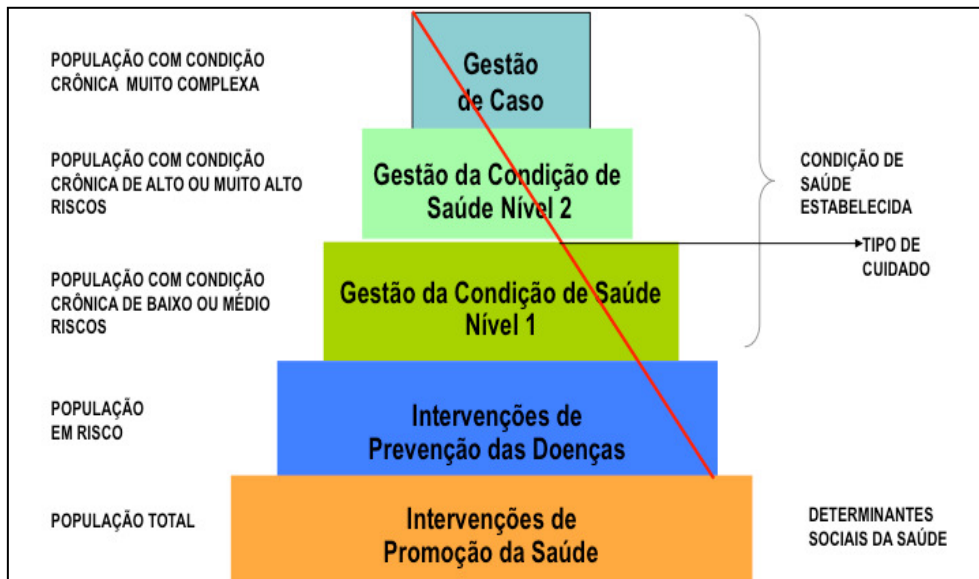


Figura 2: Modelo de atenção às condições crônicas de saúde
Fonte: MEMDES (2007)

A representação acima apresenta, do lado esquerdo, a população, estratificada em sub-populações por tipo de risco. Do lado direito esquerdo da figura são apresentados os focos das intervenções e, no meio, os tipos de intervenções. Em relação à população total, o modelo preconiza uma atuação sobre os determinantes sociais da saúde, por meio de intervenções de promoção da saúde, especialmente de natureza intersetorial. A atuação junto às sub-populações portadoras de fatores de riscos focalizará esses determinantes por meio de intervenções de prevenção das condições de saúde. Nas sub-populações com condições de saúde já estabelecidas, a atuação será direcionada por meio de tecnologias de gestão da clínica. Nas sub-populações de baixo, médio, alto e muito alto risco serão realizadas ações de gestão da condição de saúde. A divisão em dois níveis é para expressar que as ações de nível 1 são predominantemente de autocuidado e as ações de nível 2 são principalmente de cuidados profissionais. Nas

sub-populações de condições de saúde muito complexas, em torno de 1% da população total, vai se operar com a tecnologia de gestão de caso.

Estrutura operacional

As redes de atenção à saúde de Minas Gerais estão organizadas tematicamente: rede de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às pessoas idosas etc. Sua operação obedece à seguinte estrutura.

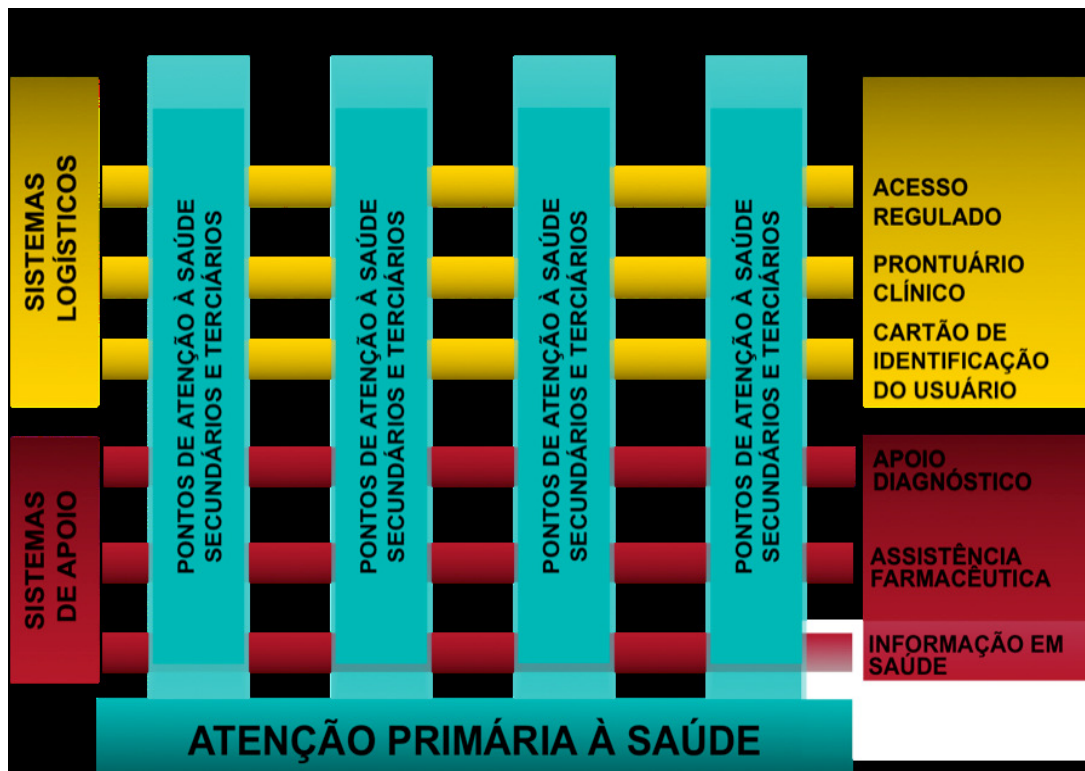


Figura 3: Estrutura operacional das redes de atenção à saúde

O único componente temático é constituído pelos pontos de atenção secundários e terciários; todos os demais, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e a governança são transversais a todas as redes temáticas. Isso diferencia as redes de atenção à saúde dos programas verticais de saúde pública.

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde está localizado na atenção primária que funciona como elemento de ordenamento dos fluxos e contra-fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes. Os pontos de atenção secundários e terciários constituem os nós das redes e prestam serviços de atenção especializada.

Três sistemas de apoio assistencial são fundamentais para o adequado funcionamento das redes: sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e o sistema de informações em saúde). As redes contam, ainda, com o suporte de quatro outros sistemas logísticos principais: o sistema de identificação dos usuários (cartão de identificação), o sistema de informações clínicas (prontuário clínico), o sistema de acesso regulado à atenção à saúde e o sistema de transporte em saúde.

Por fim, há um sistema de governança das redes de atenção à saúde – um arranjo organizativo que deve possibilitar a gestão adequada de todos os componentes das redes e de suas inter-relações, para obter resultados econômicos e de saúde para a população.

Todos os elementos contidos na Figura 3 acima estão presentes no Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais e se articulam numa concepção sistêmica para o enfrentamento da situação de saúde por meio das redes de atenção à saúde.

Governança – Regionalização cooperativa

O Brasil é um país federativo que pratica um federalismo de tipo cooperativo e intra-estatal. O componente cooperativo está assentado na possibilidade de submeter o auto-interesse ao interesse de todos, gerando um excedente cooperativo na ação inter-federativa; já o componente intra-estatal suscita um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas e, como consequência, a delimitação das competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e de monitoramento das políticas. (Abrúcio, 2002).

O SUS é a política pública nacional que mais se aproxima dos fundamentos do federalismo cooperativo intra-estatal, constituindo um caso de sucesso na reforma do Estado, na perspectiva da descentralização federativa.

O federalismo sanitário brasileiro, contudo, apresenta problemas: de um lado, a forte tradição centralizadora faz com que a cooperação se dê num ambiente de hierarquia descendente que centraliza, excessivamente, o poder decisório na União, enfraquecendo a autonomia dos governos subnacionais; de outro, o fenômeno da municipalização autárquica, que induz uma competição predatória no sistema e determina ineficiência e baixa qualidade, pela fragmentação de serviços que exigem escala para sua operação.

Para consolidar o federalismo sanitário cooperativo, os entes de governança das redes de atenção à saúde devem fortalecer os mecanismos de cooperação e interdependência, características-chave das redes, e organizar-se sob a forma de colegiados de decisão. Esta é a proposta da regionalização cooperativa (Pestana e Mendes, 2004).

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de espaços privilegiados, os territórios sanitários mesorregionais, que associam entre si os municípios e o estado, com o apoio da União, para gerir o SUS – obedecidos os princípios do federalismo cooperativo intra-estatal de unidade na diversidade (atitude cooperativa, ações integradas, decisões inter-federativas colegiadas e planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas), estruturados sob a forma de redes de atenção à saúde.

Ao se associarem, os municípios e o estado devem constituir um sistema regional integrado de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos de uma região, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de atenção à saúde.

A implantação de um sistema de governança das redes de atenção à saúde, em consonância com a regionalização cooperativa, justifica o projeto estruturador da Regionalização da Atenção à Saúde do estado, que está em conformidade com o PMDI e é proposto pelo PPAG (2008-2011). Nesse aspecto, ações concretas têm sido implementadas para o desenvolvimento institucional das CIB's Macrorregionais e as CIB's Microrregionais: a institucionalização de 13 CIB's Macrorregionais e 75 CIB's Microrregionais; o fortalecimento da Assessoria de Gestão Regional e das Gerências Regionais de Saúde (GRS); e o desenvolvimento do Curso de Gestão Microrregional, realizado em conjunto pelas GRS e as Secretarias Municipais de Saúde, cujo produto final é o Plano Diretor de Saúde Microrregional.

5 CONCLUSÃO

O SUS consolida-se, cada vez mais, como política de Estado, o que garante sua continuidade ao longo dos seus vinte anos de existência.

Juntando-se à contribuição relevante de muitos governos para os contínuos avanços do estado de Minas Gerais na área da saúde, o Choque de Gestão implantado a partir de 2003 vem determinando mudanças significativas nas estruturas, nos processos e nos resultados do SUS no estado.

O choque de gestão de primeira geração permitiu superar, de forma adequada e com rapidez, uma crise fiscal do Estado que impossibilitava uma gestão pública eficaz. Produziram-se, assim, as condições para o desenvolvimento do choque de gestão de segunda geração, que deve voltar-se para a consolidação das mudanças, com a produção de resultados tangíveis para os cidadãos e as cidadãs de Minas Gerais.

A principal mudança promovida na atuação do estado na área de saúde baseia-se no conceito holístico do trabalho em rede. Esse conceito e a formação de redes estão incorporados a todos os projetos do Choque de Gestão na Saúde, interligados aos resultados constantes do PMDI e integrantes do PPAG, e que serão detalhados nos capítulos deste livro

As mudanças no SUS em Minas Gerais, decorrentes do choque de gestão na saúde, são inegavelmente profundas e perceptíveis, produzindo resultados concretos para a sociedade e permitindo que a SES/MG possa alcançar sua visão de “ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor.”

6 REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. **Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada.** São Paulo, Relatório final de pesquisa para o NPP, 2002.

FRENK, J. – **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Pesquisa nacional de amostra domiciliar 2003.** Minas Gerais. Belo Horizonte, CEES/FJP, 2005.

MEIRA, A. J. **Análise da situação de saúde de Minas Gerais 2007.** Belo Horizonte, SE/SVS – SES/MG, 2008.

MENDES, E. V. **O modelo de atenção às condições crônicas.** Belo Horizonte, mimeo, 2007.

NEVES, A. **Novo paradigma para a gestão pública.** Estado de Minas, 28 de dezembro de 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Os cuidados inovadores para as condições crônicas.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

SCHRAMM, J. M. de A. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9: 897-908, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance.** Geneva, World Health Organization, 2000.

AUTORIA

Marcus Pestana – secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, formado em economia, lecionou a disciplina na Universidade Federal de Juiz de Fora, sua cidade natal. Iniciou sua vida pública como vereador no mesmo município, em 1983. Já exerceu no governo do Estado o cargo de secretário de Estado de Planejamento e Coordenação Geral, na gestão de Eduardo Azeredo. No governo federal, ocupou os cargos de chefe de gabinete do Ministério das Comunicações e de secretário executivo do Ministério do Meio Ambiente. Em ambos os ministérios exerceu, interinamente, o cargo de ministro.

Endereço eletrônico: ses@saude.mg.gov.br

Francisco Tavares Júnior – atualmente é assessor-chefe da Assessoria de Gestão Estratégica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Endereço eletrônico: francisco.junior@saude.mg.gov.br

Eugênio Vilaça Mendes – graduado em odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, especialização em planejamento de sistema de saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, mestrado em administração pela Universidade Federal de Minas Gerais e doutorado em cirurgia bucal pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é assessor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, professor da Escola de Saúde Pública do Ceará, consultor para o projeto Qualisus do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial) e consultor da Secretária de Estado de Saúde do Espírito Santo.

Endereço eletrônico: ses@saude.mg.gov.br