

**RELAÇÃO ENTRE GASTOS PÚBLICOS E INDICADORES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE EM UBERLÂNDIA**

**RELATIONSHIP BETWEEN PUBLIC SPENDING AND SOCIAL INDICATORS IN HEALTH AREA UBERLÂNDIA**

Aline Alves de Moura<sup>1</sup>  
Geovane Camilo dos Santos<sup>2</sup>  
Wemerson Gomes Borges<sup>3</sup>  
Luciano Ferreira de Carvalho<sup>4</sup>

**Resumo:** Apesar de todo cidadão brasileiro ter o direito de saúde gratuita garantida por lei, nem sempre é o que acontece na realidade. Considerando este fato, realizou-se uma análise dos gastos destinados à saúde na cidade de Uberlândia e em seguida, comparou-se o valor direcionado à saúde influência diretamente os índices sugeridos por Amaral (2003) que são: leitos por 1.000 habitantes, médicos por 1.000 habitantes e taxa de mortalidade. A pesquisa é quantitativa para a abordagem, exploratória para os objetivos e documental para os procedimentos, sendo que o período analisado ficou compreendido entre 2005 e 2014. Os resultados revelaram que apesar de o valor direcionado a saúde ser superior ao mínimo de 15% sobre as receitas próprias, conforme a definição da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), seus valores não são suficientes para garantir que os indicadores possam apresentar índices satisfatórios ao desenvolvimento humano, em que não conseguiu alcançar o número de leitos para cada 1000 habitantes, conforme estabelecido pela Prefeitura Municipal de Uberlândia, não conseguiu também a redução da quantidade de óbitos provocados por doenças e questiona se o resultado não satisfatório é em decorrência de uma gestão pública não eficiente na aplicabilidade dos recursos.

**Palavras-chave:** Saúde. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Gastos. Índices.

**Abstract:** Despite all Brazilian citizens have free health rights guaranteed by law, is not always what happens in reality. Considering this fact, there was an analysis of expenses for health in the city of Uberlândia and then compared to the amount directed to health influence directly the rates suggested by Amaral (2003) are: beds per 1,000 population, doctors per 1,000 people and mortality. The search is for the quantitative approach for scanning purposes and for documentary procedures, and the analyzed period was between 2005 and 2014. The results showed that although the targeted health value greater than the minimum of 15% on own resources, as defined in the Fiscal Responsibility Law (FRL), their values are not sufficient to ensure that the indicators can provide satisfactory index of human development, which failed to achieve the number of beds per 1,000 inhabitants, as established by Uberlândia City Hall, also failed to reduce the number of deaths caused by diseases and

---

<sup>1</sup> Graduada em Ciências Contábeis – Discente - Universidade Federal de Uberlândia – e-mail: ly.alves89@gmail.com. Avenida João Naves de Ávila, 2.121, Santa Mônica, Uberlândia.

<sup>2</sup> Mestrando em Contabilidade e Controladoria – Docente – Universidade Federal de Uberlândia – e-mail: geovane\_camilo@yahoo.com.br. Avenida João Naves de Ávila, 2.121, Santa Mônica, Uberlândia.

<sup>3</sup> Mestre em Contabilidade e Controladoria – Docente – Universidade Federal de Uberlândia – e-mail: wemersongb@hotmail.com. Avenida João Naves de Ávila, 2.121, Santa Mônica, Uberlândia.

<sup>4</sup> Doutor em Economia – Docente – Universidade Federal de Uberlândia – e-mail: lucianofc1906@gmail.com. Avenida João Naves de Ávila, 2.121, Santa Mônica, Uberlândia.

questions whether the unsatisfactory result is due to a non efficient public management in the applicability of resources.

**Keywords:** Health. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Spending. Indexes.

## 1 Introdução

No Brasil, segundo o artigo 196 da Carta Magna e o artigo 2º da Lei 8.080/90, todo ser humano tem direito fundamental à saúde, sendo obrigação do estado oferecer as condições indispensáveis para seu exercício pleno, porém esse direito é assegurado sem excluir o dever dos outros membros: pessoas, famílias, empresas e sociedade. O conjunto de medidas e serviços na área da saúde, que são prestados pelos órgãos das três esferas (federal, estadual e municipal), além da administração e fundações governamentais constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988; 1990).

O artigo 8º da Lei 8.080/90 apresenta à organização, direção e gestão do SUS, as ações e os serviços de saúde são regionalizados e hierarquizados de acordo com o nível crescente de complexidade. Já no artigo 9º da Constituição Federal de 1988 apresenta que cada esfera do governo tem um órgão regulamentador do SUS: na União, o órgão competente é o Ministério Público; cada Estado e o Distrito Federal têm sua secretaria de Saúde ou órgão equivalente, bem como os municípios, os quais também têm suas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes (BRASIL, 1988; 1990).

No município de Uberlândia, segundo o Portal da Prefeitura, a “atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015, p. 1). Essa declaração aponta que nenhum nível de atenção é mais importante que o outro, pois a saúde deve ser vista de uma forma completa, abrangendo os três níveis de atendimento, os quais são classificados em nível básico, média complexidade e alta complexidade.

Paralelamente, às leis que oferecem direitos sociais à população, as exigências da sociedade para com o estado vêm mudando nas últimas décadas e, cada vez mais, esse vem assumindo, mediante as mudanças cotidianas e de exigências da população, sua função social. Considerando esses fatos, o estado contemporâneo deve assumir um compromisso e uma atuação maior em favor da sociedade, procurando o bem comum. Assim, o estado, que foi criado, inicialmente, para oferecer a defesa, tanto do cidadão quanto a de suas propriedades, atinge um novo nível, passando a assegurar também assistências sociais, como saúde, educação e transporte. (AMARAL, 2003).

Essa nova visão das responsabilidades do Estado despertou o interesse e o acesso da população a informações da gestão pública e, segundo o coordenador adjunto do Grupo de estudos da Área Pública do Conselho Federal de Contabilidade (CFC), a contabilidade aplicada ao setor público passou a exercer uma visão macro, associando os registros contábeis com os fenômenos do mundo real (LIBERALQUINO, 2013). A contabilidade é ciência social e aplicada, tendo, assim, sua parcela de contribuição e auxílio, oferecendo informações tempestivas, fidedignas e úteis que consigam auxiliar as tomadas de decisão, tanto no setor privado bem como no público.

Nesse sentido, considerando o Estado como responsável pela seguridade da saúde da população, formula-se o seguinte problema de pesquisa: os valores gastos com a saúde influenciam na melhoria dos indicadores sociais, definidos por Amaral (2003), na cidade de Uberlândia? Para responder o problema de pesquisa, foi definido o seguinte objetivo geral: comparar, anualmente, a evolução dos gastos com os índices de melhoria e capacidade de atendimento apresentados por Amaral (2003).

Definido o objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: analisar os gastos com a saúde em relação à receita, durante os anos de 2005 a 2014, apurando se a Prefeitura atinge a meta estabelecida pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); analisar o comportamento dos índices propostos por Amaral (2003), na área da saúde, no mesmo período, para que se possa verificar a existência de uma relação entre os gastos e os índices. Os índices utilizados são: leitos por habitantes, médicos por habitantes e taxa de mortalidade, os quais foram estabelecidos por Amaral (2003) como auxiliares na melhoria de capacidade de atendimento.

Este trabalho apresenta como justificativa ser uma fonte de pesquisa, tanto no meio acadêmico como no meio social, pois será uma base para medir a eficiência e eficácia da saúde pública, pois além de ser um direito de todos, os usuários esperam um atendimento adequado e digno. Outro fator importante que justifica este trabalho é o fato de não ter encontrado, na busca bibliográfica, algum trabalho nesta diretriz em Uberlândia, uma cidade com amplo atendimento, tanto a pacientes locais, como aos residentes em cidades próximas.

Este estudo está estruturado em cinco partes, sendo a primeira a presente introdução, no próximo tópico aborda o referencial teórico. No terceiro tópico se apresenta a metodologia, em sequência a análise e discussão dos resultados e por fim as considerações finais.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Para melhor compreensão sobre o tema, apresenta-se, nesta etapa, a história da saúde pública na cidade de Uberlândia, e, posteriormente, os indicadores sociais. Para finalizar, serão demonstrados estudos na mesma área abordada neste trabalho, destacando-se a relevância do tema apresentado.

### **2.1 Saúde pública na cidade de Uberlândia**

Na cidade de Uberlândia, o início da municipalização da saúde ocorreu em 1983, durante o processo de criação do SUS no país, quando foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de atender regiões periféricas e rurais. E em 1998, com o SUS já implementado, a prefeitura municipal passou a deter a gestão plena do sistema de saúde, tendo, assim, a responsabilidade plena da gestão e prestação de serviço, atividades que vão desde o planejamento até as ações como vigilância sanitária, epidemiológica e o controle de endemias (SILVA; RAMIRES, 2003).

Segundo a Prefeitura de Uberlândia (2015), no ano de 1998, foram criadas 5 Unidades de Atendimento Integrados (UAI's), com a intenção de melhorar o atendimento, considerando-se também as questões geográficas, de modo a facilitar o acesso da população. Atualmente, o sistema de saúde pública em Uberlândia é composto por 44 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que contam com 48 Equipes de Saúde da Família (ESF), 8 Unidades de Atendimento Integrado (UAI's), o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Convivência e Cultura e outras 4 unidades de atendimento especializado, que são o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, o Centro de Reabilitação Física, o Ambulatório de Oftalmologia e o Centro de Atenção ao Diabético Tipo I. A cidade conta também com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015).

De acordo com Almir Fernando Loureiro Fontes, Secretário Municipal de Saúde na gestão 2014-2017, um dos objetivos apresentados no Plano Municipal de Saúde dessa gestão é buscar a satisfação dos usuários, “visando o acesso universal, de qualidade, em tempo

oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida da população”.

## 2.2 Indicadores sociais

Com a finalidade de avaliar os aspectos econômicos e sociais presentes nos Estados Unidos, em meio a um período de pós-guerra e uma corrida espacial, Raymond Bauer usou a expressão “indicadores sociais”, pela primeira vez, em 1966. Então, foi proposta uma contabilidade social com o intuito de acompanhar o comportamento coletivo. O autor afirma que, mediante esse novo modelo de avaliação proposto, o governo norte-americano incentivou os – Ministério da Saúde, do Ensino e da Ação Social a acompanhar as ações coletivas e, assim, criar novas estatísticas.

A ideia proposta pelo governo norte-americano de vincular seu planejamento com indicadores sociais ultrapassou as fronteiras e, desde o fim da década de 1960, organizações mundiais, como a OMS, ONU, Comunidade Econômica Europeia (CEE), entre outras, se esforçam para estudar e aprimorar esses índices (SANTAGADA, 1993).

Siche *et al.* (2007, p. 139) reforçam que indicador “é uma ferramenta que permite a obtenção de informações sobre uma realidade”, ou seja, deve haver uma comunicação eficiente com o fenômeno em observação. Para os autores, um índice “pode ser construído para analisar dados através da junção de um jogo de elementos com relacionamentos estabelecidos” (SICHE *et al.* 2007, p.139), concluindo, assim, que o índice é o valor agregado final dos procedimentos efetuados. Os autores afirmam ainda que um índice é “um indicador de alta categoria”.

Amaral (2003, p. 13) defende que, apesar de suas limitações, o objetivo de um indicador é “traduzir o bem-estar, que não é mensurável diretamente nem tampouco pode ser observado”. A autora afirma também que resultados satisfatórios apresentados pelos índices devem abranger eficácia, eficiência e efetividade, ressaltando que ser eficaz é considerar o operacional, ou seja: o modo como se faz ou desempenha uma tarefa; ser eficiente é conseguir atingir o objetivo proposto, sem desperdícios ou perdas; e ser efetivo é conseguir desempenhar as atividades de forma contínua no dia a dia.

Nas palavras de Siche *et al.* (2007), o conceito tradicional de avaliar as contas públicas apenas em aspectos financeiros, contábeis e orçamentários tem evoluído de uma visão focada nos aspectos gerencial-contábeis para considerar aspectos econômicos e sociais. Sendo assim, a fiscalização sobre as contas públicas pode avaliar não somente os resultados financeiros, mas, também, as condições oferecidas para a população, sendo necessário, portanto, desenvolver indicadores que considerem questões ambientais, econômicas, sociais, éticas e culturais.

Além de eficiente e eficaz, a gestão pública deve ser avaliada de uma forma que possibilite analisar o que o cliente primário necessita, devendo essa avaliação passar credibilidade e relevância. Dessa forma, a metodologia de avaliação deve permitir que tanto os gestores financeiros bem como os fiscalizadores, como a sociedade e os Tribunais de Contas, possam perceber de forma clara o cenário no qual estão inseridos para que possam manter ou mudar suas estratégias de acordo com suas necessidades (AMARAL, 2003).

Os índices sugeridos por Amaral (2003) servem, segundo a autora, para preencher as lacunas que existem no campo de pesquisas acadêmicas, onde eles não são muito utilizados como forma de avaliação dos resultados apresentados pelo setor público. A autora conclui que é necessário desenvolver medidas que possam avaliar a gestão de municípios, estados ou qualquer outro órgão que represente a sociedade, apesar de essa atividade não ser trivial e nem possa ser esgotada com apenas uma metodologia adotada.

### 2.3 Estudos anteriores

Na pesquisa de Silva e Ruiz (2009), Minas Gerais foi o segundo estado brasileiro que mais realizou gastos na área da saúde, no período de 2002 a 2006, quando seus municípios apresentaram aumento em gastos com medicamentos e mão de obra. Isso significa, segundo os autores, que existe um forte indicativo de investimentos para o aumento da capacidade de atendimento.

Os autores ainda defendem que o investimento pode ter uma ligação direta com a Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual especifica um gasto mínimo com a saúde de 15%. Entretanto, em Minas Gerais, o gasto chegou a 21,4% nesse mesmo período, embora, mesmo com os gastos maiores que o piso, é importante avaliar se os mesmos são suficientes para oferecer um atendimento de qualidade para a sociedade ou se estão sendo aplicados de forma eficiente e eficaz.

Segundo Silva e Ramires (2003), apesar de o setor privado atingir uma pequena parcela da população, ele está em crescimento, mediante os planos de saúde, e o setor público, ao contrário, encontra-se em crescente decadência. Na cidade de Uberlândia, existe uma ampla estrutura física de postos de atendimento de saúde, tanto público quanto privado. Toda a estruturação da cidade foi apresentada pelos autores, os quais apontam que a estrutura física da saúde pública na cidade iniciou mesmo antes da lei de 1988. A municipalização começou em 1983 e, desde esse período, já se promoviam campanhas de vacinação e buscava-se expandir a área de atendimento. Na década de 1990, iniciou-se a parceria com o SUS e, em 1996, o município passou a ter gestão plena do sistema municipal de saúde.

Para os referidos autores, as divisões das regiões de atendimento foram feitas, basicamente, em relação às condições socioeconômicas e sanitárias, com vistas à melhoria na qualidade do serviço. Mesmo assim, todo o investimento que a cidade faz, há mais de vinte anos, não é o suficiente para manter um atendimento de qualidade para a população, que se diz insatisfeita com a qualidade percebida. A distribuição espacial dos postos de atendimento foi traçada sem uma estratégia bem elaborada, analisando-se apenas o número de pessoas atendidas por setor. Os autores mostram que é necessário ampliar o espaço físico, pois o número ideal de atendimento diário seria de 300 habitantes, porém o número de habitantes atendidos em um dia já é maior que 800. Em 2003, há mais de 10 anos, os autores identificaram que era necessário aumentar a capacidade de atendimento diária, melhorar a qualidade do atendimento dos funcionários para com os pacientes e fazer o sistema fluir de uma forma menos burocrática.

O estudo desenvolvido por Diniz *et al* (2007) mostra que, em virtude da falta de qualidade do atendimento público de saúde, muitas famílias procuram atendimento no setor privado, tanto por meio de convênios, bem como por outras formas de pagamento. A renda da família está diretamente ligada ao valor gasto com saúde, assim, quanto maior a renda, maior o valor gasto com convênios médicos. Quando o SUS começou a ser implantado, o valor gasto pelo governo era menor que o valor gasto em hospitais particulares. Os autores afirmam que, quando ocorre um imprevisto relacionado à saúde de um dos membros familiares, como o atendimento no setor público não é satisfatório, a família se vê obrigada a procurar o setor privado, o que gera um rombo no orçamento familiar. E casos assim não são exceções, pelo contrário, são rotineiros, vendo-se algumas famílias obrigadas a abrir mão de gastos básicos para conseguir pagar os tratamentos.

Para Diniz *et al* (2007), o Brasil é o país que possui o maior gasto com saúde no mundo. Assim, a criação do SUS foi de suma importância para a melhoria da saúde no país, principalmente, para a população menos favorecida, que não tem condições de pagar por um atendimento de saúde. Desde a implantação do SUS, o valor dos gastos das famílias apresentou uma leve redução. Zucch, Nero e Malik (2000) questionam o aumento do valor

gasto com a saúde e a forma que ele é utilizado. Os autores interpretam o aumento dos gastos como um avanço social, pois esse aumento está diretamente relacionado com uma melhoria na qualidade de vida da população.

Segundo os autores, para controlar as despesas com a saúde, devem ser analisados o crescimento da demanda do serviço e o valor gasto com investimentos, ou seja, deve-se averiguar, se os investimentos que estão sendo realizados irão trazer algum retorno positivo e aumentar o número de atendimentos com qualidade. A melhor forma de analisar se o dinheiro gasto com saúde está sendo aplicado corretamente é comparando os investimentos para identificar aquele que trouxe mais vantagens. E afirmam também que no Brasil, para “fazer uma medicina de qualidade e ao mesmo tempo custo-efetiva impõe uma nova postura profissional” (ZUCCH, NERO, MALIK, 200, p. 148).

### 3 METODOLOGIA

Este artigo aborda o problema de pesquisa de forma quantitativa, traduzindo em números os dados disponíveis, cujo objetivo é de caráter exploratório, pois utiliza índices que não foram abordados da forma apresentada neste trabalho, além de não terem sido encontradas outras pesquisas com esse objetivo, ou seja, considerando a cidade de Uberlândia. O procedimento técnico adotado foi uma pesquisa documental que, segundo Silva e Menezes (2005), trata-se de pesquisas elaboradas mediante materiais que não receberam tratamento analítico. Para esta pesquisa, foram extraídos dados de documentos gerenciais disponibilizados pela Prefeitura de Uberlândia, sendo esses tratados, resultando na pesquisa aqui apresentada.

Inicialmente, foi analisado se a cidade de Uberlândia cumpriu a Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual dispõe ser obrigatório destinar, pelo menos, 15% das receitas para a saúde. Em seguida, realizou-se um comparativo do padrão de gastos durante os anos pesquisados (2005 a 2014) e os índices socioeconômicos estabelecidos por Amaral (2003), verificando, assim, se existe uma relação entre o valor investido e uma boa atenção à saúde dos usuários da rede pública.

Todos os dados utilizados para a realização desta pesquisa foram retirados de três fontes: site da Prefeitura de Uberlândia, onde são apresentados anualmente os relatórios de gestão da saúde; Relatórios de Saúde, cuja fonte é a Diretoria de Planejamento e Informação em saúde (DPIS), retirados na Prefeitura de Uberlândia, os quais foram solicitados diretamente ao departamento responsável pela elaboração das planilhas de gestão, local esse que se retirou dúvidas e complemento para informações oferecidas pelos relatórios disponíveis no site da prefeitura; e a terceira fonte foi o Portal de Saúde do SUS, onde se pôde comparar alguns dos dados disponibilizados pela Prefeitura apenas para conferência e confiabilidade das informações.

Uma limitação da pesquisa foi a dificuldade de encontrar dados suficientes para analisar todos os índices sugeridos por Amaral (2003), sendo assim, foram analisados 4 do total de seis (6) índices propostos. Outro fator limitante se refere ao acesso a informações detalhadas para evidenciar com maior riqueza de detalhes o modo pelo qual a prefeitura arrecadou as receitas e quais foram os direcionamentos das despesas com a saúde. Por essa limitação, foram apresentados os valores finais, os quais estavam disponíveis nos relatórios de gestão da prefeitura e no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos (SIOPs), (BRASIL, 2016).

Apenas a título de complementação de informações, esta pesquisa não contempla o ano de 2015 por dois motivos: foi nesse ano que as pesquisas se iniciaram, portanto, não existiam dados futuros e, mesmo com a pesquisa concluída em 2016, a Prefeitura não tem

previsão de tempo para disponibilização dos dados do ano anterior, considerando a dificuldade de juntar todos os dados e fornecê-los de forma rápida no primeiro semestre do ano subsequente.

Todos os dados, tabelas e gráficos foram tratados e criados por meio de planilhas eletrônicas do software Excel. Para obter estes resultados, os valores das receitas e despesas foram atualizados pelo índice IGP-DI, com a finalidade de comparar os valores monetários ao longo dos anos, buscando trazer todos para a mesma base, que no caso, foi dezembro de 2014, ano da última informação disponível para a realização da pesquisa.

#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei Complementar 101 de 2000 – que regulamenta o Artigo 163 da Constituição Federal de 1988, que entrou em vigor no ano de 2000, com o objetivo de equilibrar as receitas e despesas públicas, bem como assegurar os direitos garantidos por lei aos cidadãos à saúde e educação, estabelece que, no mínimo, 15% dos recursos próprios devem ser direcionados à saúde. Esses recursos próprios são oriundos de impostos, quais sejam: Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto Sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISS), dívidas ativas de impostos, além de juros e mora dos impostos e da dívida ativa de impostos e, também, de transferências da União e do Estado de caráter não devolutivo, cuja finalidade é atender às despesas públicas (BRASIL, 2000).

As despesas públicas com saúde são os valores que foram despendidos para garantir o funcionamento do sistema e assegurar as ações e serviços voltados para a saúde. Para saber se a destinação mínima está sendo positiva, é necessário identificar o valor das despesas com recursos próprios e dividi-lo pelas Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais. Os resultados obtidos com esse cálculo podem ser observados na Tabela 1:

Tabela 1 – Cálculo das receitas próprias em relação às despesas de saúde

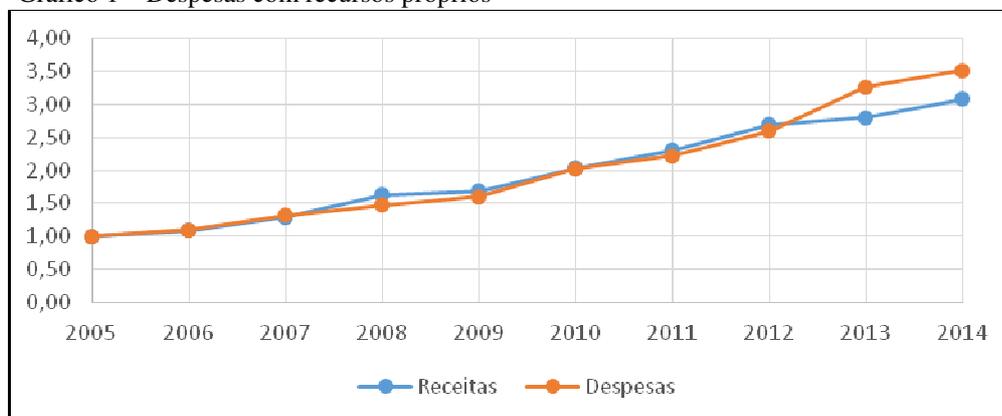
Ano Base	Receitas de Impostos + Transferências Constitucionais e Legais (EC-29)	Despesas com recursos próprios	% de Recursos próprios aplicados à saúde
2005	294.456.603,16	80.949.763,27	27,49%
2006	318.939.406,06	88.372.579,36	27,71%
2007	379.317.980,70	106.365.546,77	28,04%
2008	478.848.300,55	119.244.503,10	24,90%
2009	497.305.146,71	129.225.379,62	25,99%
2010	600.048.202,83	164.036.690,38	27,34%
2011	678.428.808,04	179.548.011,56	26,47%
2012	794.158.044,08	210.644.431,22	26,52%
2013	823.726.154,13	264.359.484,77	32,09%
2014	908.275.413,45	284.826.842,47	31,36%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados de pesquisa

Esse cálculo mostra que, quanto maior o percentual, mais recursos foram direcionados à saúde. No caso de Uberlândia, durante os anos selecionados, uma média de 27,82% das receitas próprias foram direcionadas à saúde. Como informado anteriormente, o percentual mínimo é de 15%, sendo assim, a Lei de Responsabilidade Fiscal foi cumprida em todos os anos, chegando a atingir mais que o dobro do valor determinado por lei nos dois últimos anos. Conceitualmente, essa posição é positiva para a área da saúde, pois, quanto maior o investimento, maiores serão os benefícios ofertados à população, além de que mais ações podem ser tomadas para a melhoria dos serviços prestados, embora, na prática, não ocorra

assim, necessariamente. Esse resultado positivo se deve ao fato de que o aumento das despesas em relação ao ano base de 2005 foi maior que o aumento das receitas, onde o crescimento das despesas de 2005 para 2015 foi da ordem de 3,52% e o crescimento das receitas de 3,08%, conforme o Gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 – Despesas com recursos próprios



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa

Como as despesas devem ser pagas no ato ou após sua ocorrência, obedecendo o princípio da competência, e a destinação dos recursos deve ocorrer para o pagamento das mesmas, se as despesas com a saúde aumentarem, necessariamente, a destinação dos recursos também aumentam. Entretanto, é necessário validar se o aumento dos recursos direcionados é suficiente para garantir uma atenção desejada. Essa análise é sensível, pois não existe um índice padrão de comparação, visto que cada região tem seus fatores socioeconômicos, culturais, regionais, dentre outros, impossibilitando uma regra geral para todas as regiões e países.

Apesar dessas limitações, algumas medidas são utilizadas para calcular o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países. Esta pesquisa foi feita com base nos índices de Amaral (2003), quais sejam: leitos por 1000 habitantes, médicos por 1000 habitantes e o índice de mortalidade. A mesma afirma que os dois primeiros apontam para uma melhoria de capacidade de atendimento, quando o índice aponta crescimento com o passar dos anos, e o terceiro índice aponta uma piora na atenção à saúde, tendo em vista o seu crescimento.

Amaral (2003) apresenta outros 4 índices, a saber: (1) percentual da despesa com a saúde, que relaciona a dotação orçamentária para a saúde com a dotação orçamentária total, que já foi apresentada em outra perspectiva, na Tabela 1, em que se analisa o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal LC 101/2000; (2) coeficiente de unidades de atendimento por 1000 habitantes; (3) a taxa de pessoal em saúde; e (4) a porcentagem da despesa de pessoal com saúde. Esses três últimos não foram analisados pela falta de acesso aos dados necessários junto aos órgãos responsáveis na Prefeitura de Uberlândia e nos relatórios de gestão anual.

O primeiro índice analisado é o de leitos por habitantes, sendo o ano de 2014 aquele que apresentou menor índice, com 1,90 leitos para cada 1.000 habitantes, e, em 2012, atingiu o índice de 2,35, sendo o maior entre os anos analisados, conforme mostra a Tabela 2:

Tabela 2 – Leitos por 1.000 habitantes

Ano	Leitos	Habitantes	Leitos/habitantes
2005	1.170	585.262	2
2006	1.186	600.368	1,98
2007	1.226	608.369	2,02
2008	1.258	622.441	2,02
2009	1.232	634.345	1,94

2010	1.376	604.013	2,28
2011	1.478	611.903	2,42
2012	1.454	619.536	2,35
2013	1.285	646.673	1,99
2014	1.247	654.681	1,9

Fonte: Dados de pesquisa

A diferença dos resultados entre os anos é baixa, considerando-se que não houve variação positiva nem negativa de 1 leito para mil habitantes. Nos relatórios de gestão, a Prefeitura de Uberlândia indica como ideal 2,5 a 3,0 leitos por 1.000 habitantes, porém, se considerar esses valores como ideais, faltariam leitos em todos os anos.

Logo, percebe-se que, mesmo com os investimentos realizados pelo órgão público acima do mínimo estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, esse aspecto ainda não atende os valores determinados pelos representantes da saúde da referida entidade pública.

O segundo índice é o de médicos por habitantes, o qual tem como base o número de médicos disponíveis em toda a rede pública de saúde. A princípio, essa relação seria analisada nos três níveis de atenção citados anteriormente (nível básico, média e alta complexidade). Entretanto, a Prefeitura Municipal informa que um mesmo médico pode atender dois ou mais postos de saúde, além de fazer plantões, o que impossibilita uma análise mais detalhada.

O resultado está representado na Tabela 3:

Tabela 3 – Médicos por 1.000 habitantes

Ano	Médicos	Habitantes	Médicos/habitantes
2005	1.520	585.262	2,6
2006	1.831	600.368	3,05
2007	2.133	608.369	3,51
2008	2.255	622.441	3,62
2009	2.168	634.345	3,42
2010	2.106	604.013	3,49
2011	1.927	611.903	3,15
2012	2.039	619.536	3,29
2013	1.893	646.673	2,93
2014	2.277	654.681	3,48

Fonte: Dados de pesquisa

Ficou evidenciado que o ano de 2005 apresentou o menor índice, com 2,6 médicos por habitantes. Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2010), durante muitos anos, foi divulgado e utilizado no Brasil, de forma errônea, o índice idealizado pela OMS, qual seja, de 1 médico para cada 1.000 habitantes. No entanto, esse índice não possui fundamentos, considerando não ser possível um índice genérico e ideal para todas as comunidades no mundo.

Na cidade de Uberlândia, o maior índice foi de 3,62, em 2008, quando comparando com outros países, como Cuba, que, segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2010), é referência mundial na área de saúde, com um índice de 6,4. A Alemanha, que é um país de primeiro mundo, apresentou uma média de 3,5 médicos para cada 1.000 habitantes, reafirmando o conceito de que os índices não podem ser padronizados mundialmente. Existem países nos quais a taxa é menor que 1, como o caso da Índia e África do Sul, com taxa de 0,7 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2010).

O último índice analisado é a taxa de mortalidade que, diferentemente dos outros índices, quanto menor for, mais indícios de que a população está mais saudável e envelhecendo com mais saúde. As causas da morte e números de óbitos estão detalhadas na Tabela 4:

Tabela 4 – Óbitos por Capítulo da CID 10 (Código Internacional de Doenças)

Causa (Cap CID10)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	236	210	202	217	220	225	184	223	184	272
II - Neoplasias (tumores)	428	448	513	461	515	607	606	633	608	694
III - Doenças sangue órgãos hematomas e transtorno imunitário	7	13	5	8	11	14	18	10	18	12
IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	82	99	104	95	79	98	107	98	107	108
V - Transtornos mentais e comportamentais	16	15	18	19	19	32	24	9	24	14
VI - Doenças do sistema nervoso	48	71	53	74	65	111	92	98	92	113
VIII - Doenças do ouvido e da apófase mastoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IX - Doenças do aparelho circulatório	789	837	881	779	770	922	950	980	950	1.062
X - Doenças do aparelho respiratório	263	331	300	338	366	402	370	414	371	457
XI - Doenças do aparelho digestivo	142	148	142	156	167	191	211	197	211	229
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	6	4	4	2	9	11	15	11	11
XIII - Doenças sistema Osteomuscular e tec. conjuntivo	10	19	18	14	22	23	22	23	22	34
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	29	56	43	62	60	84	96	97	97	110
XV - Gravidez parto e puerpério	3	4	1	0	0	3	3	0	4	5
XVI - Algumas afec. Originadas no período perinatal	128	73	65	57	112	101	91	99	51	113
XVII - Malf. Cong. Deformid. E anomalias cromossômicas	35	37	25	29	36	33	40	33	38	32
XVIII - Sintomas Sinais e achados Anormais em exames clínicos e laboratoriais	126	153	140	205	211	198	140	101	140	125
XX - Causas externas e morbidade e mortalidade	268	285	35	264	385	435	461	468	464	432
<b>Total</b>	<b>2.614</b>	<b>2.805</b>	<b>2.549</b>	<b>2.782</b>	<b>3.040</b>	<b>3.488</b>	<b>3.426</b>	<b>3.498</b>	<b>3.392</b>	<b>3.824</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberlândia (2015)

Conforme apresentado na Tabela 4, o maior número de mortes é devido a tumores e doenças do aparelho circulatório. A Secretaria de Saúde da Prefeitura aponta que a identificação das doenças que mais causam mortes é importante, pois ajuda a avaliar os programas de saúde que existem, podendo adequar o atendimento de acordo com a necessidade da população, prestando, assim, um serviço com maior efetividade e eficácia. Complementando as informações, é mostrado, na Tabela 5, o índice de mortalidade:

Tabela 5 – Índice de Mortalidade

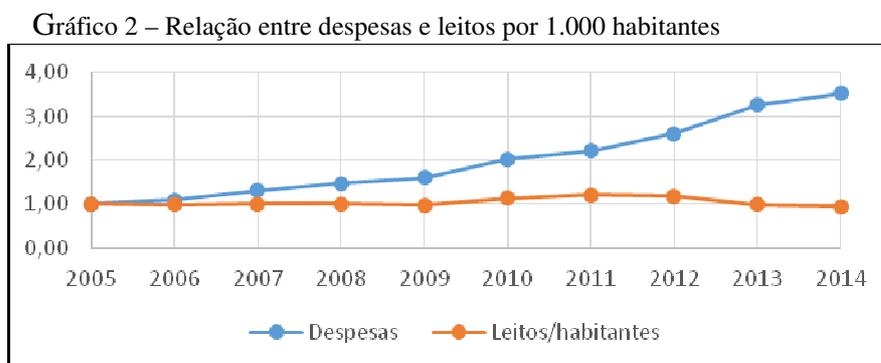
Ano	Mortes	Habitantes	Taxa de mortalidade
2005	2.614	585.262	4,47
2006	2.805	600.368	4,67
2007	2.549	608.369	4,19
2008	2.782	622.441	4,47
2009	3.040	634.345	4,79
2010	3.488	604.013	5,77
2011	3.426	611.903	5,6
2012	3.498	619.536	5,65
2013	3.392	646.673	5,25
2014	3.824	654.681	5,84

Fonte: Dados de pesquisa

Pode-se observar que, de 2005 para 2014, houve um crescimento populacional, porém houve um aumento maior no número de mortes, o que justifica o crescimento da taxa de mortalidade, sendo o ano de 2007 o único que apresentou queda na taxa em relação ao ano anterior. Após calculados os índices, pode-se finalizar esta pesquisa, chegando, assim, ao objetivo geral de compará-los aos gastos, o que será apresentado a seguir.

#### 4.1 Comparação entre gastos e índices sociais

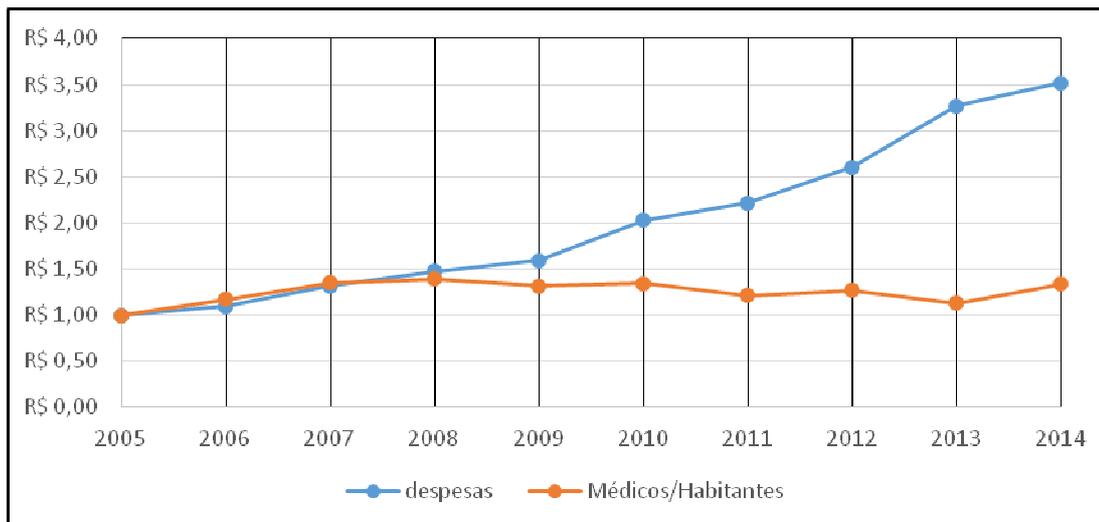
Como já citado anteriormente, o objetivo geral desta pesquisa é comparar, anualmente, a evolução dos gastos com os índices de melhoria e capacidade de atendimento apresentados por Amaral (2003). A taxa de crescimento anual em todos os índices foi comparada com o ano base de 2005, considerando 1 o valor inicial, e os anos subsequentes variando sempre em relação a 2005. Comparando os valores destinados à saúde com o índice de leitos por habitantes, temos o resultado a seguir, conforme apresentado no Gráfico 2:



Fonte: Dados de pesquisa

Apesar de haver uma leve evolução de leitos entre os anos de 2009 e 2011, ao final de 2014, houve um decréscimo de 0,05 em relação a 2005. Considerando que, quanto maior o índice, melhor a capacidade de atendimento, e considerando também que o índice de despesas aumentou anualmente, conclui-se que o valor gasto não influenciou o número de leitos de forma positiva. O índice de médicos por habitante apresentou oscilações durante os anos estudados, sendo o seu crescimento nos dois primeiros anos maior que as despesas. Entretanto, nos anos seguintes, o crescimento das despesas foi maior que o número de médicos por habitantes e, em 2014, enquanto o número de médicos aumentou apenas 34% em relação a 2005, os gastos aumentaram mais de três vezes no mesmo período, conforme apresentado no Gráfico 3:

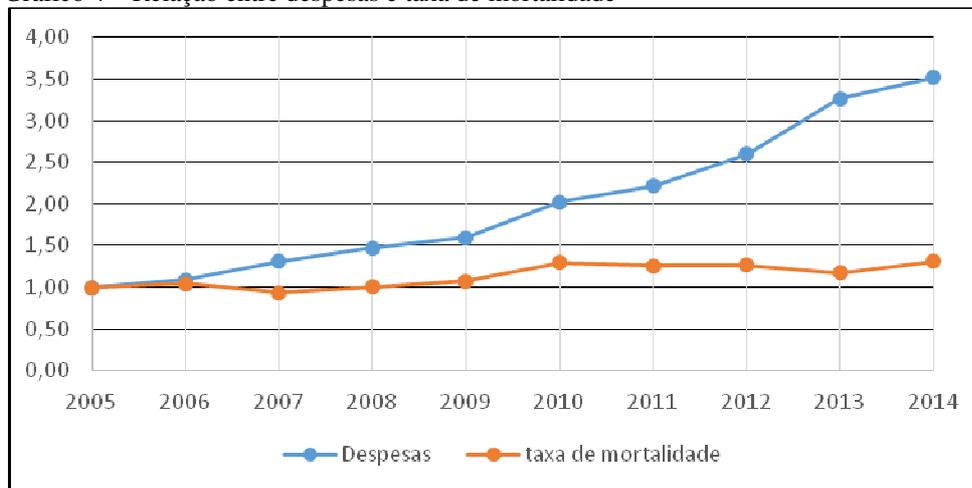
Gráfico 3 – Relação entre despesas e médicos por 1.000 habitantes



Fonte: Dados de pesquisa

Considerando que, nos primeiros anos, o índice de médicos por habitante foi maior que o valor das despesas, e enquanto as despesas mais que triplicaram, o número de médicos aumentou menos que 35%, em 10 anos, indicando que não existe uma relação entre os gastos e o número de médicos por habitantes. Por último, a taxa de mortalidade, que indica o risco de morte para o total da população, implica que um índice menor apresenta uma maior qualidade da saúde pública. Em Uberlândia, o índice apresentou os seguintes resultados em relação aos gastos (Gráfico 4):

Gráfico 4 – Relação entre despesas e taxa de mortalidade



Fonte: Dados de pesquisa

A taxa de mortalidade apresentou decréscimo apenas de 2006 para 2007 e de 2012 para 2013, apresentando, nos outros anos, uma variação positiva, porém o ideal seria um decréscimo ao longo dos anos. Considerando que o investimento na saúde aumentou durante os anos, verifica-se que esse aumento não influenciou diretamente na taxa de mortalidade, bem como nos outros índices.

Com os resultados obtidos, verificou-se que não existe uma relação entre os gastos com a saúde e os indicadores sociais sugeridos por Amaral (2003). Mesmo que os valores direcionados sejam maiores que o mínimo exigido em lei, chegando a ser maior que o dobro em 2013 e 2014, eles não são direcionados de uma forma eficaz e eficiente, pois são

insuficientes ou mal aplicados, não sendo direcionados diretamente para um atendimento de qualidade à população.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve por objetivo comparar anualmente a evolução dos gastos com os índices de melhoria e capacidade de atendimento apresentados por Amaral (2003), na Prefeitura Municipal de Uberlândia.

As limitações encontradas durante o desenvolvimento da pesquisa foram a disponibilização de dados insuficientes para conseguir analisar todos os 6 índices propostos por Amaral (2003), analisando 4 dos 6 índices sugeridos pela autora e a falta de informações com maiores detalhes sobre a arrecadação de receitas, e qual sua destinação.

Ainda que os investimentos na cidade de Uberlândia chegaram próximo ao dobro em alguns anos, ou mesmo ultrapassaram o dobro dos 15% que são exigidos em Lei, os resultados dos índices não são satisfatórios, se confrontados com os gastos. Conforme as tabelas apresentadas, 2 leitos a cada 1.000 habitantes foi o maior índice, sendo esse dado relativo a 2005 e, nos anos seguintes, os valores foram mais baixos ainda. O índice de médicos por habitantes também é baixo, se comparado a países exemplos na área da saúde, como Cuba, que apresentava 6,08, em 2008, enquanto Uberlândia dispunha de apenas 3,62 médicos para cada 1.000 habitantes. A taxa de mortalidade geral também cresceu no período dos 10 anos analisados.

Levando em consideração os resultados obtidos e considerando os valores dispendidos para a saúde, chega-se à conclusão de que os valores repassados pelo município de Uberlândia são insignificantes para a melhoria da atenção à população. Deve-se ressaltar que é dever do cidadão acompanhar a aplicação dos recursos públicos, o que pode ser feito por meio de acesso ao portal transparência (<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=14>), que tem o objetivo de permitir ao cidadão o acompanhamento quanto à destinação dos recursos públicos, podendo esse contribuir para a devida fiscalização (BRASIL, 2004).

Do contrário, ambas as partes deixam de cumprir seu papel na sociedade, tanto o Município, que não direciona os recursos para o benefício da população, quanto a população, que não fiscaliza os gastos públicos para garantir melhor qualidade na prestação de serviços. Dentro deste contexto, sugere que essa pesquisa possa ser realizada em outras cidades, como forma de comparar resultados, indica também que se faça uma relação entre as características das cidades e os valores investidos com saúde. E por fim deixa-se um problema de pesquisa para que pesquisadores possam estudar: a população acompanha frequentemente o portal de transparência do governo, e consegue entender a aplicabilidade dos recursos por meio dos atos oficiais da administração?

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. M. **A avaliação de resultados no setor público: teoria e aplicação prática** no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TCE-RJ, 2003.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República [da] Casa Civil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 08 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. **Presidência da República [da] Casa Civil**, Brasília, DF, 4 de maio de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos (SIOPs). [S.I.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6008-demonstrativos>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Aumenta a concentração de Médicos no estado de São Paulo**. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/pdfs/medico\\_por\\_habitantes.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/medico_por_habitantes.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2016.

DINIZ, B.P.C. *et al.* Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; MENEZES, T.; PIOLA, S. F. (Org.). **O gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. 1 ed. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <[http://www.fea.usp.br/feaecon/gastosemsaude/arquivos/Gasto\\_das\\_Familias%20com\\_Saude.pdf](http://www.fea.usp.br/feaecon/gastosemsaude/arquivos/Gasto_das_Familias%20com_Saude.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2016.

LIBERALQUINO, J. A nova contabilidade aplicada ao setor público: o processo de convergências aos padrões internacionais. In: CONGRESSO DE INFORMAÇÃO DE CUSTOS E QUALIDADE DO GASTO NO SETOR PÚBLICO, 3, 2013, Brasília. **Anais...** Brasília. Disponível em: <[http://www.socialiris.org/iiicongressocq/documentos/palestras/Painel10\\_CFC.pdf](http://www.socialiris.org/iiicongressocq/documentos/palestras/Painel10_CFC.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. Secretaria de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Uberlândia, MG, 2015. 1 p. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/559/sistema\\_\\_nico\\_de\\_saude.html](http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/559/sistema__nico_de_saude.html)>. Acesso em: jun. 2015.

SANTAGADA, S. Indicadores Sociais: contexto social e breve histórico. **Indicadores Econômicos Fundação de Economia e Estatística**, Rio Grande do Sul; v. 20, n. 4, 1993. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/758/1013>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

SICHE *et al.* Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambiente & Sociedade**, Campinas; v. 10, n. 2, p. 137-148, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M.; **Metodologia da pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, G. G. F.; RAMIRES, J. C. L. O acesso à saúde em Uberlândia: o exemplo das unidades de assistência integrada. **Horizonte Científico**, Uberlândia; v. 2, n. 2, p. 129-152, 2003. Disponível em: <[http://www.geografiaememoria.ig.ufu.br/downloads/Julio\\_Cesar\\_De\\_Lima\\_Ramires\\_O\\_ACESSO\\_A\\_SAUDE\\_EM\\_UBERLANDIA\\_O\\_EXEMPLO\\_DAS\\_UNIDADES\\_DE.pdf](http://www.geografiaememoria.ig.ufu.br/downloads/Julio_Cesar_De_Lima_Ramires_O_ACESSO_A_SAUDE_EM_UBERLANDIA_O_EXEMPLO_DAS_UNIDADES_DE.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2015.

SILVA, T. C.; RUIZ, R. M. Sem partidos, sem região e com a federação: gastos públicos em saúde no estado de Minas Gerais. **Revista de Economia da UEG**, Anápolis, v. 5, n. 1, jan./jun. 2009. Disponível em:  
<<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/economia/article/viewFile/186/197>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

UBERLÂNDIA. Portal de Transparência. Prestação de conta pública. [S.I.]. Disponível em:  
<<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=14>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo. **Aspecto Demográfico**. Uberlândia, MG, 2013. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/11559.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11559.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2005**. Uberlândia, MG, 2006. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/14096.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/14096.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2006**. Uberlândia, MG, 2007. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/2968.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2968.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2007**. Uberlândia, MG, 2008. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/2969.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2969.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2008**. Uberlândia, MG, 2009. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/2970.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2970.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2009**. Uberlândia, MG, 2010. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/461.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/461.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2010**. Uberlândia, MG, 2011. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/62.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/62.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2011**. Uberlândia, MG, 2012. Disponível em:  
<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/4013.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/4013.pdf)>. Acesso em 13 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2012**. Uberlândia, MG, 2013. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/8528.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/8528.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2013**. Uberlândia, MG, 2014. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/11337.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11337.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Banco de Dados Integrados Ano 2014**. Uberlândia, MG, 2015. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/14096.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/14096.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Uberlândia 2010 – 2013**. Uberlândia, MG, 2010. 23 p. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/2971.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2971.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Uberlândia 2014 – 2017**. Uberlândia, MG, 2014. 9 p. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/11394.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11394.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Uberlândia. **Relatório de Saúde fonte Diretoria de Planejamento e Informação em saúde DPIS**. Uberlândia, MG, 2016.