

**HOMOGENEIDADE E HETEROGENEIDADE DE ESTRUTURAS PÚBLICAS DE
COOPERAÇÃO: CONHECENDO OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE
MINAS GERAIS**

JÉSSICA NATÁLIA DA SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)
jessicanatalia.ufv@gmail.com

BRUNO TAVARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)
brunoetavares@gmail.com

LETICIA DE ALMEIDA CORRÊA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)
le.correa1598@gmail.com

HOMOGENEIDADE E HETEROGENEIDADE DE ESTRUTURAS PÚBLICAS DE COOPERAÇÃO: CONHECENDO OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

1. INTRODUÇÃO

Com a descentralização do poder do Estado proposta pela Constituição de 1988, houve maior distribuição das ações e políticas públicas entre o governo federal, estadual e municipal, que antes eram desenvolvidas, em sua maioria, apenas no âmbito nacional. As novas competências, principalmente para os municípios, fizeram com que estes tivessem maior responsabilidade e poder decisório. No entanto, as condições financeiras, administrativas e políticas se tornaram empecilhos para que os municípios passassem a usufruir desta nova condição. A partir disso, surge a necessidade da cooperação, tanto intermunicipal quanto intergovernamental, considerando todos os âmbitos de ação (BORGES; FARAH, 2012; LACZYNSKI; TEIXEIRA, 2011).

Segundo Abrucio e Ramos (2012), há uma necessidade de conjugação entre autonomia e interdependência dos entes federados. Segundo os mesmos autores, alguns fatores advindos do federalismo também podem dificultar a cooperação e a coordenação das ações e políticas públicas, quais sejam: a) a sobreposição de um nível de governo a outro; b) a desigualdade tanto no plano das regiões, como na comparação dos municípios; c) a duplicidade de redes em um mesmo território.

Alguns estudos (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010; ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013) apontam que a cooperação e a descentralização devem estar articuladas, partindo-se da premissa de que cada ente federado atuando de forma isolada, não poderia formular e implementar todas as suas ações. Pode-se ainda dizer que a ação cooperada possibilita a soma de esforços, pois governos com condições melhores podem ajudar àqueles que enfrentam condições piores, gerando sinergia e complementaridade. Além disso, a cooperação também pode gerar a integração de políticas públicas, fazendo com que os ganhos aconteçam numa perspectiva territorial ampliada (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010; LACZYNSKI; TEIXEIRA, 2011).

O Associativismo Territorial ganha importância no cenário apresentado e é tido como um mecanismo que pode auxiliar na problemática da descentralização e cooperação (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010; KLINK, 2009). Segundo Abrucio e Ramos (2012), o associativismo territorial pode ser descrito como a aliança formal ou informal que se estrutura tanto no plano vertical (quando envolvem os três níveis de governo), como no plano horizontal (quando envolve entes no mesmo nível federativo).

Não obstante, apesar do seu potencial para a união de esforços, com vistas a resolver questões (temáticas) de ordem local e/ou regional, o associativismo é um mecanismo de difícil implementação, pois requer certa coesão cultural, predisposições e iniciativas locais (CARVALHO, 2006). Pode haver, nesse sentido, aversão às mudanças, por falta de confiança e falta de cultura de cooperação. Além disso, o autor ainda alerta que as associações não devem ser impostas, mas que deve haver a vontade de se fazer parte de tal rede.

Dentre as formas de associativismo territorial, Abrucio e Ramos (2012) citam: arranjos produtivos locais, comitês de bacia, regiões metropolitanas, territórios de cidadania, regiões integradas de desenvolvimento e os consórcios (públicos e privados).

Para este estudo, optou-se por estudar os consórcios públicos, mais especificamente, os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

A justificativa pela escolha de se estudar os consórcios públicos, especialmente aqueles da área da saúde, consiste na relevância e na representatividade dos mesmos no Brasil. Segundo o Perfil dos Municípios Brasileiros 2011 (IBGE, 2012), dos 5.565 municípios que existiam no Brasil na época, 4.175 pertenciam a algum consórcio. Quanto aos consórcios

públicos, 3.295 municípios faziam parte dos mesmos. Além disso, de acordo com o Observatório dos Consórcios Públicos e do Federalismo (2013), em 2012 já existiam mais de 400 consórcios públicos no Brasil.

Como justificativa para a escolha da natureza dos consórcios que serão analisados, na área de saúde, tem-se primeiramente que a mesma é representativa dentro do universo de consórcios existentes. Pode-se afirmar ainda que de acordo com o Perfil dos Municípios Brasileiros 2011 (IBGE, 2012), que dos 2.903 municípios consorciados no Brasil, 2.288 estão associados em Consórcios Intermunicipais de Saúde, o que denota sua importância.

Quanto à região estudada (Minas Gerais), destaca-se que a mesma, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e com o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais - COSECS, possui 78 Consórcios Intermunicipais de Saúde. Ressalta-se, no entanto, que nesta pesquisa serão estudados 77 CIS-MG, pois foi observado que um dos consórcios compreende estados: o CIS da Região Fronteiriça entre os Estados da Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo. Sendo assim, como o foco do estudo consiste em analisar os consórcios intermunicipais, o consórcio anteriormente citado foi excluído da análise.

Os 77 consórcios analisados abrangem 1.620 municípios consorciados. Como Minas Gerais possui 853 municípios, dessa forma, fica evidente que, em alguns casos, um único município faz parte de mais de um consórcio, ressalta-se inclusive que existem municípios que fazem parte de quatro consórcios intermunicipais.

Tendo em vista o que foi apresentado até aqui, destacando a gama de consórcios intermunicipais de saúde existentes em Minas Gerais, este estudo possui a seguinte questão de pesquisa: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, enquanto estruturas de cooperação, são mais homogêneos ou heterogêneos entre si?

Diante disso, o objetivo deste estudo é: Descrever os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir dos municípios que deles fazem parte, a partir de variáveis que levam os municípios a se assemelharem ou a se diferenciarem.

Além desta introdução, o estudo está dividido em outras quatro seções. A primeira compreende o referencial teórico, que apresenta a literatura encontrada sobre os Consórcios Públicos, Consórcios Intermunicipais e Consórcios Intermunicipais de Saúde. Posteriormente, será apresentada a metodologia, contendo a caracterização da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e os instrumentos de análise de dados. A terceira seção compreende a discussão e análise dos resultados e por fim, serão apresentadas as contribuições deste estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção faz-se uma discussão sobre os consórcios públicos e a evolução dos mesmos a partir da Constituição de 1988. Além disso, discute-se também sobre os Consórcios Intermunicipais e, posteriormente, sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

2.1 Consórcios públicos: história e regulamentações

O consórcio público, foco de análise deste estudo, é definido por Coutinho (2010), como um espaço para a gestão associada de serviços públicos, com o intuito de solucionar os problemas que ultrapassem os limites fronteiriços de um ente.

Buscando entender a história dessas instituições no Brasil, foram observados diversos estudos (PRATES, 2012; LIMA, 2000; MATOS; DIAS, 2012) que apresentam que a ideia dos consórcios públicos, em termos legais, vem desde a Constituição de 1891. Em tal Constituição, os consórcios eram vistos como contratos e deveriam obter aprovação do Governo do Estado, caso os membros de tais consórcios fossem municípios e aprovação da União, caso fossem constituídos por estados.

A Constituição de 1937 previu os consórcios públicos como pessoas jurídicas de Direito Público, sem muito avançar no assunto. A Constituição de 1946 teve por intuito

apresentar a ideia da autonomia federativa e deu maior importância aos consórcios públicos. No entanto, conforme apresentado por Prates (2012) tal autonomia acabou restringida pela Ditadura Militar, que ocorreu dezenove anos depois.

A Constituição de 1967, que foi promulgada no período militar, acabou por conceber os Consórcios Públicos apenas como pactos de colaboração.

Tendo em vista que os consórcios públicos eram pouco mencionados na lei, entende-se que por falta de estatuto jurídico adequado, estados e municípios não conseguiam exercer um papel colaborativo com outros entes públicos. Nesse sentido, conforme apresenta Ribeiro (2007), a partir de tais dificuldades, surgiram reivindicações para que fosse confeccionada uma lei que remetesse à cooperação, em especial, que fossem disciplinados os consórcios públicos e também a gestão associada de serviços públicos.

Foi somente em 1988 que a atual Constituição Federal reconheceu os municípios e o Distrito Federal como entes federativos. Além disso, conforme apresenta no Artigo 241 da referida Constituição, a figura dos consórcios públicos passou a ser reconhecida, oferecendo assim, possibilidade para que os entes federativos pudessem atuar de forma conjunta (PRATES, 2012).

Cabe ressaltar, no entanto, que com a Constituição de 1988, por si só, não foi possível que as reivindicações fossem atendidas e que os consórcios públicos fossem disciplinados por lei, visto que o Artigo 241 não dispunha de informações completas que evidenciassem a posição jurídica dos mesmos (RIBEIRO, 2007).

Em 1995, no entanto, com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional nº 19/1988, a redação do artigo 241 foi alterada e dessa forma, os consórcios públicos obtiveram as seguintes mudanças: a) foram disciplinados por lei; b) se tornaram pessoas jurídicas; c) poderiam ser formados por entes federativos de níveis distintos; d) poderiam autorizar a gestão associada de serviços públicos (RIBEIRO, 2007; BORGES, 2005).

Ribeiro (2007) ressalta que a mudança ocorrida na Constituição Federal (Art. 241) não foi suficiente, pois os efeitos práticos da Emenda Constitucional dependiam de mudanças na legislação federal. Dez anos depois, em 6 de abril de 2005 foi criada então a Lei de Consórcios Públicos nº 11.107. A regulamentação de tal lei, o Decreto 6.017, de 17/01/2007 foi realizada dois anos após a sua criação.

A Lei nº 11.107, que dispõe sobre as normas gerais para a União, os Estados e os Municípios contratarem os consórcios públicos para a realização de objetivos de interesses comuns, também estabelece outras providências, com o intuito de complementar o desenho federativo brasileiro que emergiu juntamente com a Constituição de 1988. De acordo com Ravanelli (2010) tal lei dá nova regulamentação às cooperações horizontais e verticais, com vistas a promover a ideia da gestão compartilhada de políticas públicas e também ações cooperadas.

Ainda com relação à Lei nº 11.107, a mesma estabelece que os consórcios públicos devem ser efetivados a partir das seguintes etapas: 1ª) cada consórcio deve estabelecer um Protocolo de Intenções; 2ª) tal Protocolo deve ser retificado; 3ª) devem ser estabelecidos o Estatuto e o Regimento Interno; 4ª) devem ser formalizados os Contratos de Rateio; 5ª) deve ser estabelecido um Contrato de Programa (BRASIL, 2005).

Ainda com relação às regulamentações, foi aprovada a Portaria Nº 72, de 01 de fevereiro de 2012, que estabeleceu normas gerais com o intuito de consolidar as contas dos consórcios públicos, de acordo com os pressupostos de responsabilidade fiscal.

Além das regulamentações de caráter nacional, o Estado de Minas Gerais, local onde estão inseridas as unidades de análise deste estudo, também apresentou algumas normas e leis que tratam dos consórcios intermunicipais. A Lei Estadual nº 18.036, de 12 de janeiro de 2009, por exemplo, trata da constituição dos consórcios públicos dentro do Estado, bem como das cláusulas obrigatórias dos protocolos de intenções, da personalidade jurídica dos mesmos,

entre outras providências. Já a Resolução da Secretaria do Estado de Saúde (SES) nº 9.903 de 06 de setembro de 2013, trata especificamente dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, aprovando os procedimentos para remanejamentos, alteração cadastral do tipo de gestão, contratação, processamentos da produção e pagamento. Tais procedimentos já estavam previstos no Art. 5º da Resolução SES nº 3.577, de 26 de dezembro de 2012, que trata do processo de credenciamento dos serviços dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

Ainda com relação aos Consórcios Intermunicipais no âmbito da saúde, não se pode deixar de mencionar as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, pois foram tais leis que definiram a integração dos consórcios intermunicipais ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o intuito de aprofundar um pouco mais no assunto, apresenta-se, a seguir, uma discussão sobre consórcios intermunicipais.

2.1 Consórcios intermunicipais

Conforme apresenta Caldas (2007), existem quatro definições capazes de evidenciar o conceito do que vem a ser os consórcios intermunicipais, são eles: 1) os consórcios intermunicipais se constituem em ações conjuntas com o objetivo de resolver problemas comuns; 2) possuem também o objetivo de maximizar os recursos físicos e financeiros já existentes; 3) são criados para executarem atividades ou serviços públicos de interesse comum dos municípios que dele fazem parte; 4) realizam ações de interesse comum com base nos recursos já existentes.

De acordo com Lima (2000) a formação de consórcios, além de se basear na vontade dos entes públicos em fazer parte do mesmo, não deve seguir uma lógica. A justificativa é que a formação deve atender a diferentes interesses e disponibilidades de uma dada região. Além disso, devem ser observados os diversos modos de atuação, sendo permitido que municípios, mesmo distantes e não pertencentes ao mesmo estado/sede do consórcio, possam fazer parte do mesmo.

Conforme apresentam Abrucio et al. (2013), os seguintes fatores podem favorecer o consorciamento: a) a existência de uma identidade regional; b) questões que envolvem “tragédias comuns”, ou seja, problemas que acabam por envolver vários municípios de forma que a cooperação se torne necessária; c) a constituição de lideranças políticas regionais capazes de produzir alianças municipais; d) regras sistêmicas e mecanismos de indução de políticas públicas; e) apoio e indução dos governos federais e/ou municipais; f) pactos políticos entre prefeitos e governadores; g) a existência de marcos legais que tornem a cooperação mais atrativa e estável.

Abrucio et al. (2010) apresentam, no entanto, algumas variáveis que podem desfavorecer a cooperação intermunicipal, tais variáveis são: a) comportamento individualista e autárquico dos municípios; b) ausência de identidade regional; c) brigas político-partidárias entre os prefeitos ou desses com os governadores; d) engessamento do direito administrativo e de sua interpretação pelos Tribunais de Contas, criando obstáculos para o associativismo municipal; e) falta de indução federativa por parte de outros governos (estadual e federal); f) gestão pública frágil; g) conflitos intergovernamentais; h) o pouco destaque que o associativismo territorial ocupa na agenda pública brasileira.

Neves e Ribeiro (2006) destacam que o consorciamento pode favorecer estratégias inovadoras, capazes de gerar a produção de soluções regionais. Além disso, as coalizões feitas em prol do consórcio, podem aumentar a cooperação entre os participantes, mesmo que estes últimos façam parte de partidos políticos diferentes.

Machado e Andrade (2014) corroboram os autores anteriormente citados quando afirmam que os consórcios intergovernamentais são estruturas baseadas em regras que são capazes de induzir a cooperação e ainda, o comportamento cooperativo de todos os membros. No entanto, conforme apresentado pelo estudo de tais autores, os contextos das ações

coletivas podem influenciar tais comportamentos, na medida em que acontecem riscos do tipo *free rider* ou conflitos entre os interesses dos membros. Dentre alguns motivos para que aconteçam tais conflitos ou mudanças de comportamento, pode-se destacar: a) absorção de custos; b) acesso a benefícios.

Ainda com relação aos Consórcios, cabe aqui destacar também aspectos relacionados à gestão. Conforme apresenta o Artigo 37 da Constituição Federal de 1988, tais entidades, não importando a área de atuação, estão sujeitas a alguns princípios, sejam eles: a) legalidade; b) impessoalidade; c) moralidade; d) publicidade; e) eficiência.

A seguir, serão apresentados aspectos específicos dos consórcios intermunicipais de saúde.

2.2 Consórcios Intermunicipais de Saúde

De acordo com Prates (2012), as experiências de consorciamento intermunicipal têm acontecido nas seguintes áreas: saúde, educação, serviços públicos, obras públicas, meio ambiente e desenvolvimento urbano. De acordo com Abrucio et al. (2013), os consórcios intermunicipais de saúde são as experiências mais bem-sucedidas e com maior número de estudos.

Alguns estudos (AMARAL; BLATT, 2011; ROCHA, 2016; TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003) apresentam que o processo de descentralização da política de saúde no Brasil, assim como diversas outras políticas, fez com que os municípios participassem e realizassem cada vez mais atividades voltadas para a provisão de serviços de saúde. Neste sentido, diante desta nova realidade, muitos municípios se encontravam em situações difíceis, pois não tinham recursos humanos e financeiros necessários, apresentavam dificuldade de acesso e uso de tecnologias e ainda, não possuíam estrutura física adequada. Lima (2000) também expõe tais dificuldades, acrescentando a distância para o atendimento à saúde, já que municípios pequenos não possuem atendimento adequado em termos locais.

Neves e Ribeiro (2006) apresentaram que 95% dos municípios que faziam parte dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, em 2006, possuíam menos de 50 mil habitantes. Segundo os autores, isso reforça a importância dos consórcios públicos como estratégia utilizada pelos municípios pequenos.

Ainda com relação ao porte dos municípios, Leite, Gomide e Silva (2001) apud Battistella et al. (2008) afirmam que consórcios heterogêneos podem ser mais difíceis de serem implementados, tendo em vista que os municípios maiores (tomando por base a realidade econômica e social, por exemplo) podem predominar sobre os municípios menores.

Diante das dificuldades apresentadas, Amaral e Blatt (2011) destacam que os municípios, especialmente os de pequeno porte, encontraram nos consórcios condições favoráveis para assumir tais responsabilidades. Nesse sentido, conseguiam “sanar os déficits do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades, em diagnose e terapia” (AMARAL; BLATT, 2011, p. 800).

Conforme apresenta Rocha (2016), em termos históricos, a difusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde só teve início a partir de 1990 em alguns estados brasileiros. Quanto à data mencionada pelo autor, pode-se retomar a Constituição Federal de 1988 como responsável, conforme já discutido neste estudo. Além disso, ainda conforme Rocha (2016), a difusão dos CIS ocorreu de forma heterogênea no Brasil, visto que cada estado possui/possuía características específicas.

Com relação à gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, os mesmos, além de estarem sujeitos aos princípios que sustentam os Consórcios Públicos, que foram descritos na subseção anterior, estão também sujeitos aos princípios, diretrizes e normas do SUS, conforme apresentado pelo Artigo 1º da Lei 11.107/2005. Tais princípios estão na maioria das vezes relacionados à descentralização e à regionalização da oferta de saúde pública (RIBEIRO; COSTA, 2000).

De acordo com Galindo et al. (2014) os consórcios públicos no âmbito da saúde podem ser associados a outros instrumentos e políticas gerenciais de nível local, pois podem ser úteis para assegurar a integração e articulação da rede de serviços e ações de saúde, além de oferecer à população o acesso regionalizado a tais serviços.

Apesar dos benefícios oriundos da participação em CIS, alguns municípios, de acordo com Teixeira et al. (2003) e Gerick e Pessali (2014), podem decidir não mais cooperar, ainda que tal decisão não corrobore com o que foi firmado em contrato por tais entes. Alguns exemplos de tais divergências em CIS são: a) quais os serviços que são prioritários; b) qual forma de gestão aplicar; c) como distribuir encargos e contribuições.

De acordo Teixeira et al. (2013), a viabilidade de parcerias a longo prazo depende da confiança gerada e adquirida pelos representantes dos municípios, ou seja, depende do que os autores chamam de “confiança mútua”.

De acordo com Battistella et al. (2008) a confiança pode ser analisada a partir de três dimensões: a) a confiança como cálculo; b) a confiança baseada na cognição; c) a confiança baseada em normas.

A confiança como cálculo é aquela em que um membro calcula o risco de ser traído por outro membro, mas ainda assim, entende que cooperar é mais vantajoso. A confiança baseada na cognição é caracterizada como “mais forte” em ambientes sociais que dependem de características específicas de um forte arcabouço institucional. Por fim, a confiança baseada em normas é considerada importante, mas não preponderante para que se tenha relações confiáveis (BATTISTELLA; ERDMANN; WITTMANN; 2008).

Apesar da importância da confiança e da ação cooperada, Cunha (2004) apresenta que:

“se é verdade que os consórcios públicos poderão apoiar a execução cooperada de políticas com conteúdos de transversalidade, é importante reconhecer que eles não serão capazes de resolver todos os conflitos e pendências decorrentes do desenho ainda inconcluso da Federação brasileira” (CUNHA, 2004, p. 30)

Conforme apresentam alguns estudos (BATTISTELLA; ERDMANN; WITTMANN; 2008), a existência de conflitos é parte importante do processo de formação e consolidação dos consórcios públicos assim como das relações interorganizacionais, pois “a isenção total de conflitos significaria a falta de interesse com os Consórcios e o descaso com suas proposições” (BATTISTELLA; ERDMANN; WITTMANN; 2008, p. 268).

3. METODOLOGIA

3.1 Classificação da pesquisa

A pesquisa classifica-se como sendo descritiva e de natureza quantitativa (GODOY, 1995; HAIR; BLACK; BABIN; ANDERSON; TATHAM, 2009). Descritiva por visar conhecer os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir dos municípios que deles fazem parte.

Justifica-se como quantitativa, pois possui o intuito de verificar a homogeneidade/heterogeneidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, sendo realizada uma Análise de Cluster, que será apresentada posteriormente.

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos e para duas finalidades, quais sejam: contextualizar a região estudada (Minas Gerais) e os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais e realizar Análise de Cluster, com o intuito de verificar semelhanças e dissimelhanças entre os CIS-MG.

Para contextualizar a região e os CIS-MG, os meios de investigação utilizados foram pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. De acordo com Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é realizada a partir de documentos já elaborados, como por exemplo, livros e artigos científicos. Já a pesquisa documental, compreende documentos ainda não elaborados e

que podem ser utilizados de acordo com a pesquisa que se pretende desenvolver. Alguns exemplos destes últimos são: relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas e documentos oficiais.

Para realizar a Análise de Cluster, que será melhor detalhada a seguir, as variáveis utilizadas são:

X1: População total de cada município consorciado;

X2: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de cada município consorciado;

X3: Expectativa de vida média da população de cada cidade em anos;

X4: Renda per capita;

X5: Índice de Gini;

X6: Proporção de não pobres (indivíduos com renda domiciliar per capita maior a R\$ 140,00 mensais);

X7: Taxa de alfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade;

X8: Escolaridade a nível fundamental da população adulta (%) - Percentual da população de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo;

X9: Escolaridade a nível médio da população adulta (%) - Percentual da população de 18 anos ou mais com ensino médio completo;

X10: Escolaridade a nível superior da população de 25 anos de idade ou mais (%) - Percentual da população de 25 anos ou mais com ensino superior completo;

X11: Percentual das transferências para saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município;

X12: Percentual das transferências da União para saúde no total de recursos transferidos para saúde no município;

X13: Percentual das transferências da União para saúde (SUS) no total de recursos transferidos da União para o município;

X14: Despesa total com saúde, em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município;

X15: População Economicamente Ativa;

X16: População em Idade Ativa.

As fontes de dados utilizadas por este estudo, tanto para contextualizar Minas Gerais e o CIS-MG quanto para realização da Análise de Cluster, compreendem: a) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); b) Atlas do Desenvolvimento Humano (ATLAS), c) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); d) documentos de outras entidades/autores já publicados (Perfil dos Municípios Brasileiros (2011) – IBGE (2012); Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – LIMA, SIMÕES e LIMA (2007); Diniz Filho (2014).

Além disso, cabe ressaltar também que as variáveis foram coletadas tomando por base o ano de 2010, pois foi o ano do último Censo, e dessa forma, entendeu-se que seria encontrada maior quantidade de dados disponíveis.

3.3 Análise de Cluster

Antes de se fazer a análise propriamente dita, foi necessário verificar o comportamento de algumas variáveis se comparadas a outras. Nesse sentido, foi necessário inverter o Índice de Gini, já que sua interpretação compreende uma escala de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1, mais desigual em termos de renda domiciliar per capita é um município.

Ainda com relação às variáveis, como se pretende comparar os CIS-MG por meio dos municípios que deles fazem parte, optou-se por realizar uma média aritmética de todas as variáveis utilizadas no estudo pertencentes a cada município e usar tal média como variável representativa do Consórcio. Dessa forma:

$$CIS_i = \overline{\text{Variável}}$$

Em que: CIS_i representa o índice do i -ésimo de determinado consórcio e $\overline{\text{Variável}}$ compreende a média aritmética de cada variável utilizada no estudo.

Após os ajustes mencionados anteriormente, foi possível então classificar os CIS_i em agrupamentos. Dentre as classificações dos métodos de agrupamento – hierárquico e não hierárquico –, este estudo utilizou o método hierárquico. Tal método, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) se utilizado no programa IBM® SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), fornece várias medidas de distância para se determinar quão diferentes são dois casos ou duas variáveis. Além disso, dentre os métodos hierárquicos, optou-se por utilizar o método de Ward, que de acordo com Ferreira et al. (2014), possui o objetivo de computar uma matriz de distância e similaridade entre os indivíduos.

A fim de medir a semelhança entre as observações, optou-se pela distância euclidiana quadrada, que é expressa pela seguinte expressão:

$$D_{AB} = \sum_{j=1}^p (X_{Aj} - X_{Bj})^2$$

em que p é o número de variáveis, A e B são os objetos analisados, j é o indexador das variáveis e D_{AB} é o indicador que mede a distância euclidiana quadrada.

Com relação ao número de agrupamentos, apesar de ser encontrado na literatura estudos como o de Ferreira et al. (2008), que afirmam não haver regra para se fazer tal escolha, optou-se por seguir o que foi apresentado por Pestana e Gageiro (2008), quando os mesmos afirmam que a escolha pelo número de clusters pode ser feita recorrendo-se à comparação dos coeficientes de determinação (R^2).

Os clusters foram gerados a partir das 16 variáveis já apresentadas no Quadro 1. Para se escolher o número de clusters a serem criados, foi selecionado no SPSS um intervalo de 3 a 5 agrupamentos e, a partir de cada cluster criado (CLU3_1), (CLU4_1) e (CLU5_1), foram calculados os coeficientes de determinação de cada um dos mesmos. O cluster com maior coeficiente de determinação (R^2) foi o (CLU5_1), apresentando um valor de aproximadamente 0,70, e por isso, foi o selecionado.

Para calcular o R^2 , baseou-se em Pestana e Gageiro (2008, p. 551), quando o mesmo afirma que “o R^2 pode ser obtido no comando Anova, pelo quociente entre a variação explicada sobre a variação total”.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, os resultados da pesquisa serão apresentados obedecendo os objetivos específicos do estudo. Sendo assim, em um primeiro tópico faz-se uma apresentação da região de estudo e também são abordados os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais nos documentos já listados. A seguir, são apresentados aspectos que explicitam a heterogeneidade e a homogeneidade dos CIS-MG.

4.1 A região estudada e os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais

O estado brasileiro de Minas Gerais, definido como região de análise desse estudo, possui 853 municípios, sendo assim o estado com o maior número de municípios no Brasil. Além disso, contava com uma população de 20.997.560 habitantes em 2016 e uma extensão territorial de 586,521,235 km² em 2015 (IBGE, 2017).

Dos 853 municípios mineiros, 79,1% se enquadravam na categoria de pequenos (até 20.000 habitantes) em 2010. Conforme apresentado por Diniz Filho (2014), isto torna o estado de Minas Gerais muito propício à formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, já que os mesmos são mais comuns entre os pequenos municípios, que se consorciavam em uma tentativa de buscar soluções para a prestação descentralizada de serviços de saúde.

Segundo o Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – LIMA, SIMÕES e LIMA (2007), elaborado pelo Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – COSECS, o Estado analisado nesse estudo é o que apresenta o maior número de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil.

Tomando por base os 77 consórcios analisados neste estudo, atualmente cerca de 98% dos municípios do Estado de Minas Gerais pertencem a algum Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) começaram a surgir no estado de Minas Gerais a partir de 1993, sendo que este feito ocorreu de forma bastante particular, já que não proveio de políticas de descentralização estaduais. No próprio ano de 1993 surgiram dois CIS, a partir de estruturas de saúde pré-existentes e subutilizadas. O pioneiro foi o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio São Francisco (CISASF), que teve seu prelúdio na cidade de Moema, a partir da proposta da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) de melhorar as condições da região na área de saúde, desfrutando de modo mais proveitoso de um hospital, pertencente à mesma cidade, que estava subutilizado por possuir capacidade bastante superior à demanda do município. Ao exemplo do CISASF, surge ainda no mesmo ano o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande (CISMARG), que fez uso de condições semelhantes de estrutura preexistente (DINIZ FILHO, 2014).

No ano de 1994, um dos diretores da FCM-MG, que estivera antes envolvido na criação dos dois primeiros CIS mineiros, foi nomeado para o cargo de Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Assim sendo, esse novo secretário introduziu o tema da associação intermunicipal na área de saúde no âmbito estadual, iniciando em 1995 uma política estadual de estímulo à consorciação entre os municípios mineiros. Com todo esse incentivo, rapidamente muitos consórcios começaram a surgir, chegando a serem criados 65 Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais apenas entre os anos de 1995 e 1998 (DINIZ FILHO, 2014).

Segundo a Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais, os CIS mineiros possuem, dentre outras, uma importante função: a colaboração com a gestão do SUS, já que gerenciam serviços assistenciais, especialmente consultas e exames de média complexidade ambulatorial. Apesar disso, ainda de acordo com a Secretaria, o estado de Minas Gerais não é membro participante de nenhum Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em termos de municípios consorciados, segundo a Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência (CISSUL-SAMU) é o maior, contando com 153 municípios consorciados. Já o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi (CINSC) é o menor, com apenas quatro municípios consorciados.

Além dos municípios mineiros, cabe destacar ainda que o município de Comendador Levy Gasparian, município pertencente ao Estado do Rio de Janeiro, faz parte da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES) e desta forma, apresenta uma peculiaridade se comparado aos demais.

A seguir, faz-se a análise da heterogeneidade/homogeneidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir da Análise de Cluster.

4.2 Heterogeneidade e Homogeneidade dos CIS-MG

Conforme apresentado na metodologia, a Análise de Cluster foi realizada com o objetivo de identificar os consórcios que mais se assemelham e os que mais se diferem.

A partir das variáveis apresentadas na seção metodológica e, após a padronização das mesmas por meio do Escore Z, foram classificadas tais variáveis a partir da distância euclidiana quadrada e pelo método Ward.

Na Figura 1 tem-se a distribuição geográfica dos clusters e seus respectivos municípios ao longo da região.

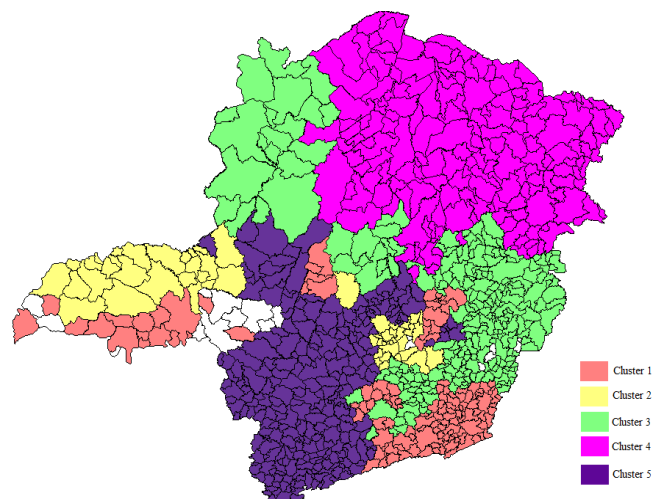


Figura 2: Mapa da distribuição espacial dos clusters.

Fonte: Elaborado pelos autores

Conforme destacado na introdução deste estudo, um município pode participar de mais de um consórcio. Neste sentido, assume-se a limitação de não ser possível destacar esses municípios na figura anterior. Entende-se, portanto, que a figura pode, em alguns casos, não representar a realidade tal como é, apesar de oferecer boa visualização na maioria das vezes.

A seguir, apresenta-se os clusters criados e suas principais características:

Cluster 1: concentra 20,78% do total dos CIS-MG. Além disso, compreende consórcios com municípios pequenos, com média populacional entre 6.000 a 29.000 habitantes. Dentre o intervalo apresentado, cabe destacar o ACISPES, que possui uma média populacional de 6.644 pessoas e o CISVALEGRAN, que possui uma média de 28.286 habitantes. Destaca-se, no entanto, que no caso do CISVALEGRAN, apenas os municípios de Uberaba e Frutal possuem população mais elevada (292.576 e 52.248 habitantes, respectivamente), os municípios restantes são considerados menores em termos populacionais, não ultrapassando 20.000 habitantes.

Além disso, conforme observado na Figura 2, cabe destacar que os consórcios intermunicipais de saúde pertencentes a este cluster pertencem à região da Zona da Mata, Campo das Vertentes, Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e Central Mineira, que são mesorregiões do Estado de Minas Gerais.

Cluster 2: em termos de composição, este cluster é composto por 6,49% dos CIS-MG, e, diferentemente do Cluster 1, o Cluster 2 compreende os consórcios que possuem os maiores municípios em termos populacionais. O CIAS, por exemplo, é o consórcio que possui como associado o município de Belo Horizonte, que é a capital do Estado. Tal consórcio compreende também municípios pertencentes à Região Metropolitana e Central Mineira, totalizando 81 municípios consorciados.

Além do CIAS, a região metropolitana de Belo Horizonte, compreende também o CISMED. No entanto, a capital não se associa a tal consórcio.

Os outros municípios pertencentes ao Cluster 2 compreendem o CISAMVAP, o CISTM e o CISTRÍ. Tais consórcios estão localizados próximos à mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e possuem como associadas as cidades de Uberlândia e Ituiutaba, por exemplo.

Cluster 3: é o cluster que apresenta maior quantidade de consórcios, com uma proporção de 31,17% do total de consórcios estudados. Este cluster concentra consórcios com maioria de municípios pequenos e médios.

A localização de tais municípios compreende às mesorregiões da Zona da Mata, Vale do Rio Doce, Noroeste de Minas e Central Mineira, conforme observado na Figura 2.

Cluster 4: concentra principalmente os municípios pertencentes às mesorregiões Jequitinhonha e Norte de Minas, ou seja, municípios pequenos e com condições mais precárias quando comparados aos demais. Além disso, cabe ressaltar que este cluster compreende 18,18% do total de CIS-MG.

Todos os consórcios deste cluster compreendem municípios pequenos em termos geográficos e populacionais (menos de 20.000 habitantes), com exceção para alguns municípios como Pirapora, que possuía em 2010, 52.787 habitantes. Tal município pertence ao CISMESF.

Cluster 5: é composto por 23,38% do total de CIS-MG e ainda, compreende os consórcios localizados nas mesorregiões Oeste de Minas, Sul e Sudoeste de Minas e Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

Assim como a maioria dos clusters criados, compreende consórcios que possuem como associados municípios pequenos e médios e que buscam na associação, condições para o cumprimento das obrigações relacionadas à saúde de suas populações. Com relação ao tamanho dos municípios associados, destaca-se o CISVI, que possui como associado o município de Divinópolis, que possuía em 2010, 211.803 habitantes

Ainda com relação aos clusters criados e com o objetivo de melhor compreender as informações aqui já mencionadas, optou-se por apresentar uma tabela apresentando os valores médios de cada variável dividida pelos clusters criados. Tal tabela (Tabela 1) é apresentada a seguir:

	CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4	CLUSTER 5
X1	13.329	56.156	13.311	13.179	20.405
X2	0,69	0,71	0,64	0,61	0,70
X3	75,28	75,62	73,57	72,55	75,32
X4	558,02	635,19	402,36	300,25	592,68
X5	0,54	0,53	0,52	0,50	0,55
X6	88,79	92,15	76,63	64,52	91,28
X7	87,34	88,63	79,96	68,89	88,82
X8	39,75	43,59	34,30	31,83	41,77
X9	24,70	27,25	20,78	18,84	26,35
X10	6,34	6,82	4,81	4,29	6,58
X11	7,50	7,26	9,64	12,16	8,14
X12	78,05	88,28	84,16	87,15	86,71
X13	10,12	14,14	13,43	17,19	13,23
X14	484,84	479,57	386,95	340,02	398,89
X15	6.797	30.504	6.298	5.899	10.877
X16	11.721	48.939	11.531	11.213	17.797

Tabela 1: Média dos clusters

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme pode ser observado na Tabela 1, a variável X1 (população), já destacada nas análises anteriores, demonstra um aspecto importante dos consórcios estudados, pois demonstra que a grande maioria dos municípios consiste em municípios pequenos. Tal fato corrobora com a teoria (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010; ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013), no sentido de que, tais municípios, por não terem estrutura física e/ou financeira suficiente, acabam por se associarem e buscarem nessa cooperação, formas de sanar suas pendências relacionadas à saúde da população.

Ainda com relação à população, destaca-se novamente o Cluster 2, por ser o mais heterogêneo se comparados aos outros, pois envolve municípios maiores em termos de dimensão populacional.

Com relação à variável X2 (IDHM), mais uma vez o Cluster 2 apresenta o maior valor. Porém, destaca-se também o Cluster 5, que também possui valor bem próximo àquele apresentado no Cluster 2.

No que se refere às variáveis que podem estar relacionadas à saúde, pode-se citar as seguintes: X3 (expectativa de vida), X11 (percentual das transferências para saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município), X12 (percentual das transferências da União para saúde no total de recursos transferidos para saúde no município), X13 (percentual das transferências da União para saúde (SUS) no total de recursos transferidos da União para o município) e X14 (despesa total com saúde, em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município).

Com relação à variável X3, o que se pode observar é que não há muita diferença com relação aos clusters, a exceção do Cluster 4, se comparado aos demais. O Cluster 4 é o que apresenta o menor valor médio para expectativa de vida (72,55). Conforme já mencionado no estudo, os consórcios e/ou municípios pertencentes ao Cluster 4, localizam-se nas mesorregiões Jequitinhonha e Norte de Minas, que são consideradas as regiões menos desenvolvidas do Estado.

Com relação à variável X11, destaca-se novamente o Cluster 4, pois é o que apresenta maior percentual das transferências para saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município.

As variáveis X12 e X13 também corroboram o que é observado na literatura (ABRUCIO; RAMOS, 2012), pois denotam a dependência dos municípios com relação aos recursos da União. Com relação à variável X12, chama-se atenção para o Cluster 2, pois apresenta o maior valor médio (88,28) no que se refere ao percentual das transferências da União para saúde no total de recursos transferidos para saúde no município. Já em relação à variável X13, chama-se atenção para o Cluster 4, pois apresenta o maior valor médio (17,19) para o percentual das transferências da União para saúde (SUS) no total de recursos transferidos da União para o município.

Com relação à variável X14, o Cluster 1, que é localizado predominantemente na região sudeste e leste do estado, apresenta o maior valor médio (484,84) de despesa total com saúde, em reais por habitante, sob a responsabilidade do município.

No que se refere às variáveis que podem estar relacionadas à renda, pode-se citar as seguintes: X4 (renda per capita), X5 (Índice de Gini) e X6 (proporção de não pobres - indivíduos com renda domiciliar per capita maior que R\$ 140,00 mensais).

Com relação à variável X4, ressalta-se o que já foi apresentado quando se falava da composição dos clusters: que o Cluster 2 é o que possui os consórcios com municípios maiores e mais desenvolvidos consorciados e o Cluster 4 é o que apresenta os municípios menos desenvolvidos. Assim sendo, cabe ressaltar a renda per capita média do Cluster 2, que é R\$ 635,19 e a renda per capita média do Cluster 4, que é R\$ 300,25.

As variáveis X5 e X6 também corroboram o que foi apresentado anteriormente, tendo em vista que o Índice de Gini (que foi invertido) apresenta menor valor médio no Cluster 4 (0,50) e a proporção de não pobres mostra que em média 64,52% da população do Cluster 4 não é pobre, ou seja, mais de 35% da população é pobre e possui renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais. Cabe ainda ressaltar que, após o Cluster 4, o Cluster 3 é o que apresenta menor proporção de não pobres, com valor médio de 76,63%, ou seja, possui quase 24% da população composta por pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais.

No que se refere às variáveis que podem estar relacionadas à educação, pode-se citar as seguintes: X7 (taxa de alfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade), X8 (escolaridade a nível fundamental da população adulta (%)) - percentual da população de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo), X9 (escolaridade a nível médio da

população adulta (%) - percentual da população de 18 anos ou mais com ensino médio completo) e X10 (escolaridade a nível superior da população de 25 anos de idade ou mais (%) - percentual da população de 25 anos ou mais com ensino superior completo).

Com relação às variáveis mencionadas anteriormente, pode-se dizer que o Cluster 4, até pelas piores condições, se comparado aos outros, é o que apresenta pior média em todas as variáveis. Depois de tal Cluster, o próximo que apresenta valores inferiores aos outros é o Cluster 3. Os clusters que mais se destacam, possuindo as maiores médias, são o Cluster 2 e o Cluster 5.

No que se refere às variáveis que podem estar relacionadas ao trabalho e/ou emprego, pode-se citar os seguintes: X15 (População Economicamente Ativa) e X16 (População em Idade Ativa).

Com relação à variável X15, novamente destaca-se o Cluster 4, pois o mesmo apresenta o menor número médio de pessoas economicamente ativas (5.899) se comparado ao número médio da população (13.179), o que dá uma proporção de 44,75%. Já os outros clusters (1, 2, 3 e 5), apresentam proporção de 50,99%, 54,32%, 47, 31% e 53,30%, respectivamente.

A partir das análises feitas sobre a região do estudo, pode-se mencionar ainda a questão das desigualdades regionais encontradas dentro do estado de Minas Gerais, que são abordadas em diversos estudos (COSTA; FERREIRA; BRAGA; ABRANTES, 2012; GALVARRO; FONTES; GOMES; BRAGA, 2007). Conforme o que foi aqui apresentado, os CIS pertencentes aos Clusters 3 e 4 apresentaram os piores índices e, se observados suas localidades (Norte de Minas e Zona da Mata), correspondem às regiões menos desenvolvidas e tidas pela literatura (CARNEIRO; MATOS, 2008; CASTRO; ALENCAR; SOARES, 2012) como áreas estagnadas do Estado. Já os Clusters 1, 2 e 5 apresentam índices melhores e correspondem às regiões mais desenvolvidas de Minas Gerais (Região Metropolitana, Sul e Sudoeste de Minas e Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste artigo, foi possível conhecer e descrever os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir dos municípios que deles fazem parte, identificando variáveis que levam os municípios a se assemelharem ou a se diferenciarem.

Com a Análise de Cluster realizada neste estudo, pôde-se dizer que os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são, em sua maioria, formados por municípios pequenos e que apresentariam condições ruins para subsistência caso atuassem de forma isolada. Conforme visto na distribuição dos clusters, quase 50% dos consórcios estão inclusos nos Clusters 3 e 4, que conforme observado, são os que apresentam os piores indicadores municipais.

Ainda com relação à Análise de Cluster, reforça-se a importância da presença de municípios com condições melhores atuarem em cooperação junto aos menores, com o intuito de fortalecer os consórcios, como visto em alguns consórcios do Cluster 5 e do Cluster 1.

Por meio deste estudo, pretende-se então contribuir para as pesquisas que correspondem às formas de cooperação no âmbito público, em especial nos consórcios públicos. Pretende-se também contribuir com os gestores públicos, principalmente a nível local, por apresentar as variáveis que condicionam estruturas homogêneas ou heterogêneas de gestão cooperativa. Além disso, para estes últimos, busca-se aqui reforçar a importância de arranjos cooperados para se atingir objetivos coletivos.

O artigo apresenta limitações por não conter dados primários que confirmam as informações aqui apresentadas. No entanto, conforme apresentado no decorrer do estudo, as variáveis aqui utilizadas advêm de bases confiáveis e validadas na academia.

Como sugestões para estudos futuros, pode-se buscar investigar a realidade local dos consórcios por meio de dados primários e inclusive, buscar fazer a comparação aqui realizada por meio de tais dados. Além disso, podem ser utilizadas também outras variáveis, aqui não utilizadas, com o intuito de enriquecer a análise e os resultados aqui encontrados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L.; FILIPPIM, E. S.; DIEGUEZ, R. C. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 6, p. 1543-1568, 2013.

ABRUCIO, F. L.; RAMOS, M. N. **Regime de colaboração e associativismo territorial: arranjos de desenvolvimento da educação**. São Paulo: Fundação Santillana, 2012.

ABRUCIO, F.; SANO, H.; SYDOW, C. Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas. **Regiões metropolitanas no Brasil. Washington: BID**, p. 197-234, 2010.

AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011.

ATLAS. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: mai. 2017.

BATTISTELLA, L. F.; ERDMANN, R. H.; WITTMANN, M. L. A experiência vivida pelo ser-gestor no desenvolvimento regional em um consórcio de pequenos municípios. **Revista de Administração da UFSM**, v. 1, n. 2, 2008.

BORGES, A. G. Os consórcios públicos na sua legislação reguladora. **Interesse Público**, v. 7, p. 227-248, 2005.

BORGES, W. A.; FARAH, M. F. S. Avanços e Retrocessos no campo da Gestão Metropolitana de Curitiba a partir das Experiências do Conselho Gestor de Mananciais e do Consórcio Intermunicipal de Resíduos Sólidos Urbanos. In Encontro Nacional de Pós Graduação em Administração, XXXVI, Rio de Janeiro, 2012. **Anais...** Rio de Janeiro, ANPAD 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm>. Acesso em 17 mai. 2017.

_____. Constituição (1937). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm>. Acesso em 17 mai. 2017.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em 17 mai. 2017.

_____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1967. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em 17 mai. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 17 mai. 2017.

_____. **Lei n.º 11.107**, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 abr. de 2005.

CALDAS, E. L. **Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais**. Tese (doutorado) — Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARNEIRO, P. A. S.; MATOS, R. E. S. A Heterogeneidade Interna Da Mata: Do Pioneirismo Estadual A Estagnação Intra-Regional. In: **Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedings of the 13th Seminar on the Economy of Minas Gerais]**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

CARVALHO, D. M. Associação E Desenvolvimento Local: Um Estudo De Caso Na Associação Dos Produtores De Leite De Águas Belas/Pe. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 12, n. 6, 2006.

CASTRO, J. F. M; DE ALENCAR, B. J; SOARES, T. L. Análise da infraestrutura socioeconômica e das áreas de influências da Zona da Mata de Minas Gerais (1991-2000). **Caderno de Geografia**, v. 22, n. 37, p. 29-46, 2012.

COSTA, C. C. M; FERREIRA, M. A. M. F; BRAGA, M, J; ABRANTES, L. A. Disparidades inter-regionais e características dos municípios do estado de Minas Gerais. **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 20, p. 52-88, 2012.

COUTINHO, F. M. A. Os Consórcios Públicos como Instrumento Potencializador de Políticas Públicas. In Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração, XXXIV, Rio de Janeiro, 2010. **Anais...** Rio de Janeiro, ANPAD, 2010.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5-36, 2014.

DINIZ FILHO, P. R. **O abraço do afogado: cooperação técnica e disputa política nos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais – Uberlândia**, EDUFU, 244 p., 2014

FERREIRA, M. A. M.; ABRANTES, L. A.; PEREZ, R. Investigação de grupos estratégicos na indústria de laticínios por meio da abordagem multivariada. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 152-172, 2008.

GALINDO, J. M; CORDEIRO, J. C; VILLANI, R. A. C; FILHO, E. A. B; RODRIGUES, C. S. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, 2014.

GALVARRO, M. D. P. S. Q. S; FONTES, R. M. O; GOMES, A. P; BRAGA, M. J. Descentralização na saúde e redução de disparidades regionais em Minas Gerais. In Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração, XXXI, Rio de Janeiro, 2007. **Anais...** Rio de Janeiro, ANPAD, 2007.

GERIGK, W; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, 2014.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002.

HAIR, J. F. BLACK. W.C; BABIN, B. J; ANDERSON, R. E; TATHAM, A. R. L. **Análise multivariada de dados**. Bookman Editora, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros/2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/defaulttab3_coleta.shtm>. Acesso em: set. 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em: jun. 2017.

KLINK, J. J. Novas governanças para as áreas metropolitanas. O panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro. **Cadernos Metr pole**, v. 11, n. 22, 2009.

LACZYNSKI, P; TEIXEIRA, M. AC. Os limites de um consórcio intermunicipal em condi es assimétricas de poder: o caso do Cinpra no Maranhão. **Cadernos Adenauer**, p. 141-160, 2011.

LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema  nico de Saúde. **Caderno Saúde Pública**, p. 985-96, 2000.

LIMA, M. S; SIMÕES, B. H. A. P; LIMA, M. H. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais**, 2007. Disponível em: <<http://www.cosecsmg.org.br>>. Acesso em: mai. 2017.

MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Coopera o intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribui o de custos e benefícios. **Revista de Administra o Pública**, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MATOS, F; DIAS, R. Coopera o intermunicipal na bacia do rio Paraopeba. **Revista de Administra o Pública**, v. 46, n. 5, p. 1225-1250, 2012.

NEVES, L. A; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.

OCPF - **Observatório dos Consórcios Públicos e do Federalismo**, Julho de 2013. Disponível em: <<http://www.ocpf.org.br>>. Acesso em jun. 2016.

PESTANA, M. H; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5  Edi o**, Lisboa: Sílabo, 2008.

PRATES, A. M. Q. Os consórcios públicos municipais no Brasil e a experiência europeia: alguns apontamentos para o desenvolvimento local. In: Congresso Consad de Gestão Pública, III, 2012.

RAVANELLI, P. **Consórcios Públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de coopera o e colabora o entre os entes federados**. In: Congresso Consad de Gestão Pública, 2010.

RIBEIRO, W. A. **Coopera o Federativa e a Lei de Consórcios Públicos**. – Brasília DF: CNM, 2007.

ROCHA, C. V. A coopera o federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos Metr pole**. v. 18, n. 36, p. 377-399, 2016.

SIOPS. **Sistema de Informa es sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: mai. 2017.

TEIXEIRA, L; DOWELL, M. C. M; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise   luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 1, p. 253-281, 2003.