

Paulo Ricardo Diniz Filho

Federalismo, indução estadual e cooperação intermunicipal:
A experiência de dois Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais

Orientador: Carlos Aurélio Pimenta de Faria

Belo Horizonte

2006

Paulo Ricardo Diniz Filho

Federalismo, indução estadual e cooperação intermunicipal:

A experiência de dois Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Belo Horizonte, 2006.

Carlos Aurélio Pimenta de Faria (Orientador) – PUC Minas

Carlos Alberto Vasconcelos Rocha – PUC Minas

Léa Guimarães Souki – PUC Minas

Bruno Pinheiro Wanderley Reis – UFMG

À Fernanda, por tudo

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, na convivência diária, me inspiram e motivam das mais diversas formas a seguir sempre em frente: Fernanda, meus pais, irmãos, amigos, avós, Etel e Dominique.

A todos os professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC – Minas, em especial para meu orientador, Carlos Aurélio Pimenta de Faria, por acreditar em mim desde o princípio.

Ao povo mineiro, representado por todas as pessoas que, nas dezenas de cidades pelas quais passei, me recebeu com um carinho sem tamanho.

Sou do mundo, sou Minas Gerais.

Milton Nascimento

RESUMO

A presente dissertação analisou o desenvolvimento do federalismo no Brasil, com suas diversas configurações de poder, com o objetivo de contextualizar o processo de descentralização de poder que vem marcando as políticas públicas de saúde desde a década de 1980. A partir do quadro de dispersão de poder e descoordenação entre os atores federados que predomina no Brasil, este trabalho concentra atenção sobre as instituições criadas com o objetivo de – na área das políticas públicas de saúde – reverter os efeitos perversos desse contexto. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são, assim, estudados a partir de perspectiva nacional e estadual (Estado de Minas Gerais), mas principalmente através da análise de dois CIS mineiros específicos: o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande (CIS MARG) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras (CIS LAV). Foi elaborado quadro teórico específico no presente trabalho, que trata da cooperação entre entes federados sob duas perspectivas: a partir do processo de formação das associações intrafederativas (com ênfase para os incentivos fornecidos por atores federativos estaduais ou federais), a partir do foco sobre a dinâmica que rege as relações internas dessas instâncias cooperativas. O instrumental teórico desenvolvido na presente dissertação busca, através das perspectivas expostas, avaliar o grau de penetração da associação intermunicipal por variáveis oriundas do panorama político regional, para confrontá-las com a estrutura institucional dessa instância cooperativa e, assim, determinar as linhas gerais das relações intrafederativas na área estudada. Os dois consórcios intermunicipais de saúde estudados na presente dissertação são analisados por esse arcabouço teórico, tendo também delineadas algumas perspectivas para o futuro da integração intermunicipal nessa região.

Palavras-chave: Cooperação intermunicipal; Planejamento regional; Políticas de saúde.

ABSTRACT

Brazilian federalism has been historically marked by recurring changes in its internal structure of power. Since the early 1980's, when the democratisation of the political arena began to gain pace, the de-centralisation of power has been the rule, specially after 1988, when a new Constitution was designed. Municipalities were entitled to a considerable amount of power, acquiring responsibility over important public services such as education and public health. Deprived of financial and institutional resources, the majority of the Brazilian municipalities were proven to be unfit for the tasks ahead of them. Coordination was necessary in order to address the challenges of lack of financial resources and of the small population size of most of the Brazilian municipalities. The Inter-municipal Health Consortia (IHC) were designed in order to cope with this sort of problems by providing a collectively funded public health structure. This dissertation constitutes an effort to design a theoretical background which focuses on the creation of intra-federative cooperative organisations of which the IHC constitutes a recent and dynamic example. The mechanism through which these organisations deliver public services is key to determine how they are influenced by the political interests of the municipal governments (as well as by state and federal governments) involved in the intra-federative cooperation. The *modus operandi* of an intra-federative organisation is often determined by the concession of financial support by federal or state governments when this organisation is being created. The interface between federative relations, structural aspects of the inter-federative organisations and the political and the political landscape of Brazilian municipalities constitutes the bulk of the theoretical approach developed in this dissertation. The study of two specific IHC's of the state of Minas Gerais (the Upper Grande River Region IHC – CIS MARG – and the Lavras Region IHC – CIS LAV) provides the first test for the theory developed in this dissertation.

Key-words: Inter-municipal cooperation; Regional planning; Public health policy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO NA PROVISÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	14
1.1 Federalismo e descentralização no Brasil.....	14
<i>1.1.1 O federalismo no Brasil: entre centralização e descentralização.....</i>	<i>21</i>
<i>1.1.2 A Constituição de 1988 e o “novo pacto federativo”.....</i>	<i>29</i>
1.1.3 Municipalismo autárquico e incentivos à cooperação intergovernamental.....	37
1.2 Descentralização e cooperação intergovernamental na provisão de saúde.....	42
<i>1.2.1 A descentralização na saúde pública brasileira.....</i>	<i>44</i>
<i>1.2.2 Cooperação intergovernamental na provisão de saúde.....</i>	<i>55</i>
2. OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE.....	59
2.1 Os consórcios intermunicipais de saúde e a desfragmentação na provisão de saúde no Brasil.....	64
2.2 Os consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais.....	79
<i>2.2.1 Surgimento e expansão.....</i>	<i>80</i>
<i>2.2.2 O papel do Governo do Estado.....</i>	<i>91</i>
3. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO ALTO RIO GRANDE (CIS MARG).....	104
3.1 A criação do CIS MARG.....	104
3.2 A região do CIS MARG.....	114
3.3 Estrutura e serviços do CIS MARG.....	122
3.4 Relações internas do CIS MARG.....	127
3.5 Panorama político da região do CIS MARG.....	138

4. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS (CIS LAV).....	148
4.1 A criação do CIS LAV.....	148
4.2 A região do CIS LAV.....	152
4.3 Estrutura e serviços do CIS LAV.....	157
4.4 Relações internas do CIS LAV.....	162
4.5 Panorama político da região do CIS LAV.....	171
5 CONCLUSÃO.....	180
REFERÊNCIAS.....	186
APÊNDICE A: LISTA DE ENTREVISTAS REALIZADAS.....	193

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da cooperação intermunicipal em Minas Gerais a partir de uma perspectiva ampla. Não apenas busca determinar as principais características deste fenômeno em si, mas também o analisa como interface das relações entre vários atores da federação brasileira. Este enfoque analítico permite que seja traçado um arcabouço teórico que aponta as principais tendências atuantes durante o processo de formação e desenvolvimento da cooperação intermunicipal em Minas Gerais. O estudo de caso de duas associações de municípios mineiras completa o presente trabalho, testando a validade dos modelos teóricos articulados, assim como oferecendo a oportunidade de aplica-los na previsão de conjunturas futuras.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são as instâncias de cooperação que constituem o principal foco da análise do presente trabalho. Trata-se de associações das quais participam municípios, porém dotadas de personalidade jurídica própria, financiadas por entes federados (sobretudo por municípios, no caso mineiro) e responsáveis pela oferta de serviços de saúde à população de forma gratuita. A maneira incomum através da qual tais consórcios se desenvolveram em Minas Gerais – entre 1995 e 1998, formaram-se dezenas dessas associações em todo o estado – constituiu o motivo inicial para que tal fenômeno merecesse um estudo detalhado. A análise de tais consórcios descortinou o envolvimento de uma série de variáveis, desde aspectos relacionados com as relações federativas horizontais na esfera municipal, até características específicas de políticas estaduais de fomento à coordenação intermunicipal, passando pelo desenho institucional de políticas públicas de âmbito nacional. Assim, o estudo de associações locais exigiu a delimitação de bases estruturais que subjazem a vários outros fenômenos, que marcam diferentes tipos de relações federativas e que, por isso, permitiram que fosse desenvolvido um arcabouço teórico amplo o suficiente para extrapolar as fronteiras de Minas Gerais e os limites temporais do período de desenvolvimento dos consórcios intermunicipais de saúde.

Os dois consórcios escolhidos para o estudo de caso da presente dissertação nasceram como uma única entidade, em um momento em que ainda não havia qualquer experiência do tipo no estado. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande (CIS MARG) foi criado em 1993, dois anos antes de o governo estadual lançar uma política de

incentivo ao estabelecimento dessas associações, que durou de 1995 a 1998. Em 1999, quando já não havia apoio estadual para a formação de consórcios, parte dos municípios-membro se afasta do CIS MARG para constituir outra associação, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras (CIS LAV). O ineditismo presente na formação desses dois consórcios garante o envolvimento deles em todos os momentos significativos da história dessas associações em Minas Gerais, dando um relativo caráter de estudo geral à análise de dois objetos específicos.

O presente trabalho está organizado em quatro capítulos, que não obedecem rigorosamente à separação entre discussões de aspectos teóricos e empíricos, gerais ou específicos. No primeiro capítulo, é discutido o tema do federalismo a partir de seus aspectos principais, mas com especial atenção para os mecanismos – formais ou informais – que regulam as relações entre os entes federados, delimitando as bases estruturais da cooperação e da competição intrafederativa. O panorama brasileiro também é abordado no capítulo inicial, desde a perspectiva histórica das várias configurações de poder que já marcaram nosso federalismo, até seus desenvolvimentos mais recentes que, sob a ordem constitucional atual, forjaram fenômenos específicos no campo das relações federativas. Por fim, o primeiro capítulo analisa a descentralização da saúde pública no Brasil, levada a cabo sob a luz do federalismo brasileiro pós-1988, mas também marcada pela estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo da presente dissertação explora o tema da cooperação intermunicipal a partir de suas raízes mais longínquas, passando pelo surgimento e desenvolvimento dessas associações no Brasil, até o momento em que as políticas de saúde passam a ser objeto da ação dos consórcios intermunicipais nacionais. O capítulo traça também o perfil dos CIS brasileiros no que tange à sua distribuição territorial, aos tipos de serviços prestados, fontes de financiamento e, principalmente, às relações estabelecidas com os distintos entes federados e com o sistema de saúde pública nacional. O mesmo tratamento é dado aos consórcios intermunicipais de saúde mineiros, com a diferença de que suas origens também são analisadas. Nesse sentido, passa a receber atenção especial o Governo do Estado de Minas Gerais, que não só forneceu incentivos significativos para a criação de consórcios entre 1995 e 1998, como também foi o principal responsável pela criação de outras associações intermunicipais – as Associações Microrregionais – durante as décadas de 1970 e 1980, que influíram decisivamente na consolidação dos CIS mineiros. A forma de ação do governo estadual constitui variável-chave da pesquisa aqui apresentada, e no capítulo 2 ela tem seus aspectos estruturais delimitados, compondo a base do

arcabouço teórico que trata do fenômeno da cooperação intermunicipal. Também neste capítulo é desenvolvida uma classificação dos consórcios intermunicipais de saúde que combina a forma de sua atuação, suas fontes de financiamento e o papel desses CIS na estrutura de saúde das regiões em que se encontram, com o objetivo de determinar o grau de poder e liberdade que os membros dos consórcios desfrutam no interior dessas organizações. Também é analisada – a partir desta categorização dos CIS – a penetração dos consórcios por fatores políticos de ordem nacional, estadual e – principalmente – de âmbito sub-regional, englobando os municípios consorciados.

Os capítulos 3 e 4 têm estruturas semelhantes, e tratam respectivamente do CIS MARG e do CIS LAV. Em ambos os capítulos, são expostas as características principais dos municípios consorciados no que tange à economia, educação e saúde. São realizadas descrições completas da estrutura dos CIS, dos serviços por eles oferecidos e do processo de criação e desenvolvimento dessas associações, seguidas pela classificação dos consórcios em questão de acordo com as categorias estabelecidas no capítulo 2. Análises das relações políticas que ocorrem na área do CIS MARG e do CIS LAV completam o quadro dos capítulos 3 e 4, nos quais também são feitas análises a respeito do grau de integração verificado entre os municípios consorciados e das perspectivas para o desenvolvimento futuro dos dois CIS em questão.

A seção dedicada às conclusões do presente trabalho se encarrega de retomar os aspectos estruturais que foram desenvolvidos nos capítulos anteriores, para consolidá-los de forma resumida. Também são respondidas – na medida do possível – questões de âmbito geral, que permeiam as discussões feitas ao longo de todos os capítulos, e que só poderiam ser tratadas com propriedade após a conclusão de todos os capítulos. Por fim, são elaboradas conjecturas a respeito do futuro dos consórcios intermunicipais de saúde mineiros, assim como da integração intermunicipal na área dos dois CIS aqui estudados.

Devem ser feitas, agora, algumas ressalvas de cunho metodológico, essenciais para a compreensão do trabalho que se segue. Constituem parte central da presente dissertação as informações obtidas por meio de entrevistas com informantes-chave, envolvidos na criação e desenvolvimento do CIS MARG e do CIS LAV. Tais entrevistas estão relacionadas no Apêndice A da presente dissertação. Porém os nomes e os cargos ocupados pelos entrevistados foram inteiramente suprimidos. Tal conduta se fez necessária por uma série de motivos: a maioria dos entrevistados ocupa cargos de confiança em seus municípios ou na administração dos consórcios, de forma que estão sujeitos a demissão por terem disponibilizado dados que, no contexto desta

dissertação, contribuíram para a construção de análises que podem não agradar aos atores políticos da região; o presente trabalho trata das relações entre os prefeitos dos municípios-membro dos CIS estudados, assunto que é tido quase como tabu no interior dos consórcios, e que por isso pode também ocasionar represálias aos atores responsáveis por essas informações específicas; algumas entrevistas revelam a realização de práticas proibidas pelo regulamento dos consórcios; e, principalmente, todas as entrevistas foram conduzidas sob o compromisso – verbal – de sigilo das fontes, o que pode ter sido o motivo pelo qual foram obtidas as informações. O total de entrevistas realizadas foi de 41, sendo que 21 nos meses de outubro e novembro de 2004, na área dos dois consórcios, e 20 nos meses de abril e maio de 2006, também no CIS MARG e no CIS LAV. Foram entrevistados atores ligados a 15 das 17 cidades que fazem parte do CIS MARG, e a sete dos oito municípios que compõem o CIS LAV, além de pessoal da estrutura administrativa dos dois consórcios e de outros órgãos ligados à área da saúde nos municípios-membro das duas associações.

Além das entrevistas, foi realizada análise documental com o objetivo de se obter informações para o presente trabalho. Nesse sentido, deve ser destacada a escassez de fontes de dados sobre o consorciamento intermunicipal, principalmente o de Minas Gerais. Destaca-se a avaliação feita pela Fundação João Pinheiro dos dois consórcios pioneiros no estado (um deles, CIS MARG, objeto de estudo do presente trabalho) (FJP, 1996), o levantamento produzido pelo Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS, 2004) e o relatório sobre tais associações feito Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (LIMA e PASTRANA, 2000). Esses documentos constituem a fonte da maioria dos dados que foram analisados para a realização do presente trabalho, uma vez que a consulta a instâncias governamentais – estaduais e federais – mostrou-se infrutífera.

1. FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO NA PROVISÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

1.1 Federalismo e descentralização no Brasil

Definir federalismo é uma tarefa complexa. A variedade de pontos-de-vista a partir dos quais se analisa o federalismo é quase tão grande quanto o número de autores que se dedica ao tema. Algumas coincidências podem ser notadas, entretanto, quando se observa tais análises agrupando-as de acordo com suas áreas de origem. As oriundas do Direito tendem a destacar principalmente os aspectos “contratuais” do federalismo (tanto que o tema geralmente é discutido no âmbito do Direito Constitucional), as análises de origem econômica costumam focar nas desigualdades econômicas existentes entre os entes federados, assim como nas conseqüências fiscais e de desempenho econômico global dos mecanismos de distribuição de recursos adotados pela federação. A perspectiva da Ciência Política, por sua vez, se relaciona principalmente com as diferentes formas de representação adotadas pelas federações, com a classificação dos sistemas federativos, determinação do centro de poder de uma federação (assim como as mudanças nos padrões dessas relações), dentre outros aspectos (KUGELMAS, 2001).

Dessa forma, podemos encontrar autores que definem o federalismo como um sistema político que, inevitavelmente, é inaugurado e regido por um “contrato”, uma constituição (RAMOS, 1998). Da mesma maneira, há autores que tratam do federalismo a partir da divisão de responsabilidades entre os entes federados, e conseqüentemente, das inevitáveis partilhas de recursos, que podem ter funções fundamentalmente distributivas e equalizantes, como no caso da Alemanha (CAMARGO, 2001).

No presente trabalho, optamos por, a partir de uma perspectiva mais afeita à ótica da Ciência Política, definir o federalismo considerando principalmente seus aspectos que apresentam o maior consenso entre os autores que se dedicam ao tema. Assim, temos o federalismo como o sistema que, implantado em países caracterizados por desigualdades internas – de várias ordens –,

tem por objetivo estabelecer mecanismos permanentes que sirvam de palco onde se desenvolvam de forma positiva os conflitos próprios de realidades tão complexas.¹

A partir de tal definição, é possível abordar alguns dos elementos que são destacados por apenas parte dos pesquisadores que se dedicam ao assunto, gerando constante polêmica. Por exemplo, a coexistência de duas categorias de Estado nas federações – sendo que um deles se submete ao outro em alguns aspectos, mas permanece igualmente autônomo em outros –, quando tomada como principal elemento definidor de um sistema federativo, gera a polêmica a respeito da “dupla soberania” à qual estariam sujeitos os cidadãos de tal federação. Há autores que defendem a “dupla soberania” como elemento constitutivo essencial das federações (TORRES, 1998), assim como há outros que a descartam (COSTA, 2004). Se adotamos a perspectiva de que o federalismo é o sistema no qual se busca incorporar estruturalmente mecanismos de resolução das disputas próprias de países desiguais, a distribuição de poder entre as esferas federativas passa a ser vista de forma mais instrumental, contribuindo para que os conflitos interfederativos não sejam vistos como ameaça à integridade geral do sistema. Nesse sentido, alterações nos “níveis de soberania” de cada um dos entes federados não aparecem como ameaças ao caráter federativo do sistema político, mas apenas como adaptações às condições conjunturais.

Definido o federalismo a partir de uma perspectiva abrangente, cabe agora tratar de expor seus aspectos mais pontuais, geralmente causadores de polêmicas quando incorporados à definição do sistema como um todo. A respeito da própria formação do federalismo, há controvérsias: se para a grande maioria o federalismo nasceu das necessidades urgentes das treze colônias britânicas na América do Norte (TORRES, 1998; ABRUCIO, 2001; KUGELMAS, 2001) – que, recém-independentes nas últimas décadas do século XVIII, precisavam combinar forças para a auto-defesa, ao mesmo tempo que queriam preservar a tradicional autonomia que cada uma tinha –, há autores (CAMARGO, 2001) que identificam o federalismo com um longo processo de evolução de idéias que ocorreu na Alemanha, nos séculos XVI e XVII. Seja de origem norte-americana ou alemã, de qualquer forma o federalismo está sempre associado a situações de grandes desigualdades entre os atores envolvidos, e são essas diferenças que levaram ao estabelecimento da discussão a respeito do “federalismo assimétrico” no âmbito do Direito Constitucional (RAMOS, 1998).

¹ A presente definição se inspira nos conceitos de Alain Gagnon, expostos por Abrucio e Costa (1999), Kugelmas (2001) e Costa (2004).

Inicialmente, há autores que afirmam ser o “federalismo assimétrico” uma forma específica de federalismo (CAMARGO, 2001), enquanto outros partem do pressuposto de que todo sistema federal é assimétrico (AVELAR, 2001), senão *de jure*, ao menos *de facto* (TORRES, 1998). Podemos compreender as “assimetrias de fato” como motivadas por aspectos sociais, históricos, econômicos, étnicos, religiosos, lingüísticos, dentre outros, e é dessas características de desigualdade que vamos nos ocupar ao longo do presente trabalho. Já as “assimetrias de direito” são aquelas estabelecidas pela ordem constitucional vigente, concedendo a alguns membros condições especiais de representação política, ou direitos diferenciados na repartição dos recursos fiscais nacionais. Torres (1998) afirma que tais diferenças se aplicam a casos especiais de desigualdades agudas – como no caso da província de Québec, no Canadá -, quando assumem caráter definitivo, ou em situações de incorporação recente de novo ente federado, que antes compunha outro país, e por isso recebe tratamento diferenciado durante certo período de adaptação.²

A discussão a respeito da “absorção de novos entes” em uma federação é oportuna, pois nos remete ao fato de que, em sua primeira experiência de grande porte – o processo de formação dos EUA – o federalismo desempenhou o papel de unir vários Estados diferentes sob o comando de apenas um governo. Contudo, na maior parte das situações em que foi adotado posteriormente, tais condições políticas não estiveram presentes. Isso levou à formulação de uma classificação bastante simples dos sistemas federativos (TORRES, 1998; KUGELMAS, 2001): há federações por “agregação” de Estados (também chamadas *coming together federations*), e há as federações que buscam evitar a “desagregação” do Estado existente em vários outros, através de secessões (*holding together federations*). Assim, no caso de Estados unitários marcados por grandes complexidades, a instauração de uma sistema federativo significa a transferência de considerável parcela de poder para as regiões – inclusive um “poder constituinte subnacional” –, dando autonomia para que essas equacionem seus problemas locais da forma que melhor lhes parecer (desde que obedientes às diretrizes gerais emanadas do governo central). Dessa maneira, o estabelecimento de toda uma estrutura jurídica que institucionaliza as relações entre as partes componentes de uma federação, ao mesmo tempo em que concede definitivamente poder aos

2 Pode ser o caso da incorporação de Hong Kong pela República Popular da China, que apesar de se definir formalmente como Estado unitário, tem em sua política de “um país, dois sistemas” um claro conteúdo federativo. Os constantes protestos dos habitantes de Hong Kong, reivindicando a preservação de liberdades civis e políticas que faziam parte do cotidiano da ilha durante o domínio britânico, podem ser indicativos de que o “período de adaptação” de Hong Kong se aproxima do fim.

atores subnacionais, torna possível que as assimetrias regionais sejam discutidas politicamente, em relações de simetria legal entre as partes envolvidas. Ao viabilizar tal discussão política, o federalismo torna-a positiva, uma vez que qualquer resultado alcançado não coloca em xeque a integridade da unidade federal (TORRES, 1998; ABRUCIO e COSTA, 1999; ABRUCIO, 2001; AVELAR, 2001; KUGELMAS, 2001). A falta de canais políticos de negociação transforma as assimetrias regionais em focos de tensão, e a tendência é a de que tais discrepâncias sejam resolvidas de forma negativa, muitas vezes militarmente.

Já tendo sido estabelecido o princípio segundo o qual o federalismo se encarrrega de equacionar as disputas que naturalmente surgem entre entes assimétricos, cabe agora analisar as formas através das quais tais diferenças podem ser trabalhadas. Dois tipos ideais de federalismo – conseqüentemente, estruturas de mediação de conflitos – se destacam na literatura sobre o assunto: o “federalismo competitivo” e o “federalismo cooperativo”³ (ABRUCIO e COSTA, 1999; CAMARGO, 2001; SPAHN, 2001; OLIVEIRA, LIMA e VIANA, 2002; COSTA, 2004). O modelo competitivo tem nos EUA seu maior exemplo, uma vez que, desde sua origem, o federalismo norte-americano previa um elemento “territorial” em suas estruturas de controle e limitação do poder central: não apenas aos Poderes Legislativo e Judiciário federais cabia acompanhar e fiscalizar as ações do Executivo federal, mas também aos Executivos estaduais. O alto grau de poder concentrado nos Estados-membro⁴ faz com que a competitividade seja característica da relação entre eles, uma vez que passam a concorrer na atração de investimentos, de população (contribuinte), assim como em matéria de eficiência em gestão pública; a competitividade do sistema federativo faz com que seus membros estejam sempre procurando melhorar seu desempenho em todas as funções que exercerem. As relações no âmbito desse tipo de federalismo são chamadas “interfederativas”, uma vez que partem do pressuposto de que há

3 Há autores que identificam um terceiro tipo de federalismo, que combina os dois tipos ideais aqui expostos (OLIVEIRA, LIMA e VIANA, 2002). Tal abordagem não contradiz nossa exposição, uma vez que é da essência do processo de definição de tipos ideais a consideração de que nenhum deles ocorre “de forma pura” na realidade, mas sim várias combinações dos dois tipos extremos diferentes.

4 Do início da vigência do federalismo nos EUA até a Grande Depressão da década de 1930, os estados-membro tinham competência para legislar sobre todos os temas, exceto política externa, emissão de moeda e comércio interestadual. As medidas de combate à crise econômica, colocadas em prática pelo presidente Franklin Delano Roosevelt na década de 1930, fizeram com que o governo federal assumisse várias funções que até então eram próprias dos Estados-membro. Esses, devido à crise, se encontravam incapacitados de atuar no combate à onda de pobreza inédita que tomava conta dos EUA (COSTA, 2004). Além de nos dizer a respeito da inversão da tendência de estruturação do poder na federação norte-americana, tal passagem nos oferece uma prévia a respeito da importância da escala na execução de políticas públicas sociais, tema essencial ao presente trabalho.

várias partes distintas e independentes no interior do sistema, e que essas se relacionam (ABRUCIO e COSTA, 1999).

Já o “federalismo cooperativo” tem sua maior representação na República Federal Alemã, que consagrou em sua Constituição (1949) o objetivo de que todos os alemães devem ter condições semelhantes de vida, onde quer que eles vivessem no país (CAMARGO, 2001; SPAHN, 2001). Dessa forma, tendo sido colocado um objetivo social e igualitário no “contrato federal” - em contraste com a “defesa mútua combinada com a preservação das soberanias locais”, que motivou o modelo americano -, as relações entre os componentes da federação alemã se dão a partir de linhas diferentes. As relações entre os Estados-membro se dão sob o signo da cooperação, sendo marcadas por um complexo sistema de transferência de recursos dos estados mais ricos para os mais pobres. Por isso, o federalismo cooperativo tem suas relações internas chamadas de “intrafederativas”⁵, pois ocorrem no interior de um todo compacto, orgânico - a federação -, envolvendo elementos constitutivos do sistema que são intimamente ligados entre si. O contraste com as “partes independentes” que compõem o federalismo competitivo é evidente, e se explica pelo princípio que anima a estruturação do federalismo alemão: o princípio da subsidiariedade.

Aspásia Camargo (2001) explica que, em 1931, a Encíclica *Quadragesimo Anno* trouxe à tona o princípio da subsidiariedade⁶, que foi transposto para a política na Alemanha e associado ao federalismo. Alguns anos depois, como a cena política alemã do pós-guerra era dominada pelo Partido Democrata Cristão, o princípio da subsidiariedade foi incorporado fortemente às discussões que levaram à redação da Constituição de 1949. O resultado foi um federalismo fortemente marcado pela cooperação horizontal - entre entes federados do mesmo tipo - e no qual, a partir da aplicação do princípio da subsidiariedade, ficava estabelecida *...no plano das iniciativas, a prioridade da sociedade sobre o Estado e, dentro do setor público, a primazia do município sobre o estado e deste sobre o governo federal* (CAMARGO, 2001, p. 86).

⁵ A diferenciação entre relações “interfederativas” e “intrafederativas” é feita, no presente trabalho, com o objetivo único de auxiliar na distinção entre o federalismo competitivo e o cooperativo. Fora desse contexto específico, usaremos unicamente a expressão “interfederativas”, em referência genérica às relações entre entes federados.

⁶ De acordo com Baracho (1997), o princípio da subsidiariedade é de difícil conceituação, pois existe a partir de relações, e não como valor absoluto. Em geral, expressa contenção ou limitação da atividade de órgão ou coletividade superior sobre uma inferior. Por isso, é aplicado, por exemplo, na defesa dos direitos dos indivíduos perante o Estado (ou frente a outros grupos sociais), assim como na discussão da descentralização, no que se refere à divisão de poderes entre as diferentes instâncias do Estado (BARACHO, 1997).

Ambas as formas de organização federalista acima expostas apresentam suas desvantagens. A competição tende a isolar os membros da federação uns dos outros, tornando difícil a cooperação entre eles (disso decorrem duplicações de esforços, falta de coordenação, dentre várias outras formas de ineficiência no uso de recursos públicos⁷ – ABRUCIO e COSTA, 1999; VOLDEN, 2005). Destaque para os fenômenos, tipicamente norte-americanos, do *welfare magnet* e do *race to the bottom* (ABRUCIO e COSTA, 1999). No primeiro, o oferecimento de serviços públicos sociais de boa qualidade por parte de um ente federado faria com que as pessoas necessitadas de atendimento em todo o país se mudassem para esse ente em questão, como se o bom desempenho na área de políticas sociais, por parte de um ator especial, funcionasse como um “ímã de bem-estar”. A atração de populações carentes de outras regiões do país exigiria o aumento da carga tributária do estado em questão, o que desencorajaria investimentos nesse estado-membro. A relação negativa entre gastos sociais e tributação comumente leva os estados norte-americanos – e não apenas em situação de *welfare magnet* – a reduzirem a ajuda que prestam aos cidadãos mais pobres, de maneira que o governo federal é obrigado a intervir, transferindo recursos diretamente para a assistência social. Frente à ação federal, os governos estaduais se vêem livres para reduzirem ainda mais seus gastos sociais, constituindo praticamente uma “corrida” em direção aos menores níveis de comprometimento social, que caracteriza o fenômeno *race to the bottom* (VOLDEN, 2005).

Já o federalismo cooperativo tende a desagradar seus entes mais ricos, uma vez que esses são obrigados a custear os entes mais pobres, dentro de uma lógica que os sobrecarrega de impostos para “premiar” as administrações menos competentes (ao mesmo tempo em que “pune” aqueles que são mais competentes na gestão pública). Além da esfera subnacional, o país como um todo perde competitividade, ao possuir tributos que inexistem em concorrentes que adotam o federalismo competitivo (ou que não adotam federalismo algum – SPAHN, 2001; SPAHN, 2004).

⁷ Craig Volden (2005) desenvolve esse argumento ao dizer que cada esfera de uma federação está em melhores condições para oferecer determinado tipo de serviço público, e que, por isso, deveria ser o único provedor desse. O mecanismo de provimento conjunto de políticas – típico de federações competitivas, nas quais o capital político decorrente do fornecimento de serviços à população é mais ferozmente disputado – então, necessariamente insere ineficiência no funcionamento do Estado como um todo, pois faz com que o ator menos eficiente participe continuamente de tarefas para as quais não está habilitado.

Colocado entre esses dois extremos, o *quebecoise*⁸ Alain Gagnon (ABRUCIO e COSTA, 1999; KUGELMAS, 2001; COSTA, 2004) opta por ambos, desfazendo uma oposição que marca a literatura sobre federalismo. Gagnon afirma que deve existir uma “cooperação competitiva”, que combine elementos das duas formas de federalismo em diferentes medidas, a depender da relação e do problema em questão. Essa discussão perpassará todo o trabalho aqui desenvolvido, uma vez que tratamos da busca por cooperação em um ambiente que, segundo Fernando Luiz Abrucio e Valeriano Mendes Ferreira Costa (1999), não apenas é competitivo como também, em algumas ocasiões, é marcado por relações predatórias.

A questão da descentralização também é marcada por diferentes definições, que por sua vez encerram diferentes significados. Por “descentralização” parte da literatura compreende transferência de funções executivas do Estado para a iniciativa privada, mediante contrato para a realização de serviços; outros autores têm por descentralização a delegação de responsabilidades de um governo central para instâncias políticas regionais ou locais (o que, por sua vez, adquire significado totalmente diferente se se tratar de um estado unitário ou de uma federação – PRUD'HOMME e SHAH, 2004). Há também os autores que vêem na descentralização a transferência de poder decisório, e não apenas executório, de maneira que o fenômeno da descentralização se caracterizaria, primordialmente, por seu conteúdo político (PRUD'HOMME e SHAH, 2004). É a essa corrente de pensamento que nos filiamos, pois acreditamos que, por se tratar de um fenômeno sócio-político que tem mobilizado consideráveis forças políticas e acadêmicas já há pelo menos três décadas, a descentralização certamente não se resume a uma mera reorganização administrativa da estrutura do Estado, muitas vezes denominada “desconcentração”. Tal esclarecimento que aqui fazemos tem o objetivo não apenas de especificar o sentido que damos ao termo “descentralização”, mas também reafirmar seu caráter de fenômeno político, que redefine as estruturas de poder internas do Estado onde é levado a cabo.

8 Canadense de língua francesa, originário da província de Québec que, por sua vez, é dotada de status diferenciado dentro da federação canadense.

1.1.1 O federalismo no Brasil: entre centralização e descentralização

A história do federalismo no Brasil é marcada por contrastes em matéria de distribuição de poder. Momentos de extrema concentração de poder se alternaram com outros nos quais a dispersão foi a tônica. Investigações a respeito dessa alternância, assim como do suposto mecanismo que as anima, ainda não foram capazes de produzir análises que se provassem significativamente consistentes. Assim, explicações automatistas como a do General Golbery do Couto e Silva – famosa pela imagem das “sístoles e diástoles” - já não são mais aceitas como antes⁹. De qualquer forma, os estudos sobre descentralização no Brasil ganharam fôlego há apenas poucas décadas – ao longo do processo de redemocratização do país ocorrido a partir de fins da década de 1970 – de maneira que ainda é cedo para a descoberta de “grandes paradigmas” que comandem a distribuição de poder ao longo das linhas da federação brasileira.

Predominam, hoje, abordagens de cunho descritivo e histórico, que narram as mudanças ocorridas em nossa estrutura federativa. É interessante notar que alguns autores recuam tal visão até antes mesmo de o Brasil ser formalmente uma federação, expondo o panorama político do Império (CARVALHO, 2005a), e até mesmo, em alguns casos, analisando o sistema de Capitânicas Hereditárias – de princípios do século XVI – como origem das forças políticas regionais que marcam o cenário político brasileiro (CAMARGO, 2001).

No presente trabalho, acreditamos não serem necessários recuos tão distantes e profundos na história. Reconhecemos, entretanto, que a discussão acerca da adoção do federalismo marcou o Brasil Monárquico, principalmente através do dilema a respeito da melhor forma de se conter as diferentes forças políticas regionais: se através da delegação de poderes, ou se através do fortalecimento do Poder Central (CARVALHO, 2005a; FERREIRA, 2001). José Murilo de Carvalho (2005a) explica que a opção pela centralização predominou durante quase todo o período Monárquico, obtendo sucesso quase absoluto na tarefa de manter o Brasil unido¹⁰, mas cujos méritos devem ser creditados também a outros fatores: a força da figura do Imperador D. Pedro II, que exercia tremenda influência sobretudo sobre as classes populares; e a

9 Eduardo Kugelmas (2001) descarta a argumentação de Golbery ao notar que não há correspondência de duração ou intensidade entre as diferentes fases do federalismo brasileiro. Se se tratasse de movimentos realmente automáticos, como os do coração humano, então a cada fase de centralismo de poder no federalismo brasileiro, deveria corresponder um período de dispersão de intensidade semelhante.

10 A única exceção foi a secessão da Província Cisplatina em 1827, dando origem ao atual Uruguai.

coincidência do poder político com o econômico durante boa parte do século XIX, uma vez que a primeira região brasileira a produzir café para exportação em grande escala foi a mais próxima da capital, Rio de Janeiro. Ainda a respeito do período Monárquico, deve ser dito que o federalismo não foi associado ao movimento republicano, surgido na década de 1870. Tratava-se de duas causas bastante distintas (CARVALHO, 2005a), sendo que entre os monarquistas havia aqueles que defendiam a adoção do federalismo como forma de apaziguar lideranças oposicionistas regionais (deve ser dito que, já nas últimas décadas do Império, o eixo econômico do país havia se deslocado sobretudo para São Paulo, acompanhando a expansão da produção cafeeira).

O movimento militar da noite de 15 de novembro de 1889 inaugura a forma republicana no Brasil e, com ela, o sistema federativo. Como nota Lúcia Avelar (2001), por mais que a história brasileira seja marcada por concentrações e dispersões de poder, em nenhuma de nossas constituições a forma federativa deixou de ser cláusula pétrea, sendo que o mesmo não pode ser dito a respeito sequer do republicanismo.

Transformadas as províncias em Estados, realiza-se o grande desejo das elites regionais brasileiras: eleger os governantes de suas próprias regiões¹¹. Estrutura-se, a partir disso, intrincada rede de relações nos Estados da federação, na qual os governadores ocupam papel de destaque: são eles quem viabiliza a sustentação do poder de vários grupos políticos locais – geralmente compostos por grandes proprietários de terra, em relativas dificuldades financeiras – que, em troca, trabalham pelo manutenção do poder do governador em questão (ANDRADE, 2004; CARVALHO, 2005b). Firmes no comando de seus respectivos Estados, os governadores negociam, no plano nacional, o apoio – maciço, uma vez que as fraudes eleitorais eram comuns e variadas¹² – a figuras políticas nacionais específicas, quase sempre governadores dos Estados de maior expressão econômica (via de regra, Minas Gerais ou São Paulo). A coesão desse sistema só

11 Os “presidentes” das províncias do Império eram indicados pelo Imperador, não sendo necessariamente originários das regiões que administravam, e às vezes não tendo qualquer relação com essas (CARVALHO, 2005b). Fernando Luiz Abrucio (1998) mostra claramente a fragilidade política da função de presidente de província: durante um período de 65 anos, Minas Gerais teve 122 presidentes, conformando média de permanência de pouco mais de seis meses para cada um.

12 O principal problema relacionado à lisura do processo eleitoral durante a Primeira República não se encontrava na inexistência do voto secreto, ou mesmo nas fraudes cometidas ao longo da contagem desses, mas sim na ausência de uma instituição que se dedicasse exclusivamente a essa questão (MEIRELLES, 2006). Uma vez obtidos os resultados de uma eleição, cabia aos componentes da Mesa Diretora da casa legislativa da esfera federativa em questão validá-los ou não. Essa última barreira à expressão da vontade democrática configurava-se quase sempre como a maior garantia ao sistema de dominação política estabelecido pelos governadores, pois favorecia imensamente aqueles que já controlavam as posições de destaque no interior do Poder Legislativo, portanto – via de regra – aliados do comandante do Poder Executivo estadual.

poderia ser ameaçada por fatores internos, como as disputas interelites que finalmente o levaram ao colapso, em 1930 (MEIRELLES, 2006).

A Revolução de 1930 deu fim a um período de extrema descentralização do poder político no Brasil. O princípio básico estabelecido pela instauração do federalismo no Brasil – a eleição, por parte dos estados-membro, de seus próprios governantes – foi suspenso durante o primeiro governo de Getúlio Vargas. Foram nomeados “interventores” para governarem os estados, pessoas de confiança do Governo Federal que deviam seus mandatos ao arbítrio de Vargas, e não às suas relações com as elites políticas estaduais. Um ícone do novo regime foi a cerimônia de queima de todas as bandeiras dos estados brasileiros, organizada para simbolizar – de forma muito pouco sutil – o novo equilíbrio de poder vigente no Brasil. No interior dos Estados, entretanto, pouco mudou, pois a “reestruturação” política promovida por Vargas não atingiu o nível dos municípios (ABRUCIO, 1998). O “coração” do coronelismo – as relações políticas locais – permaneceu vivo, assim, mesmo apesar de seu “cérebro” - os governadores – ter sido momentaneamente neutralizado.

Vargas acreditava que bastava acabar com o processo político-eleitoral nos Estados para enfraquecer as oligarquias. O aspecto varguista de construção do Estado desenvolvimentista, em sua face intergovernamental, só previa o fortalecimento da União e da Presidência para se contrapor aos Estados – e se preciso fosse, de forma autoritária – e a acomodação dos interesses estaduais pela via da burocracia federal. Reformas nas instituições políticas estaduais não faziam parte do projeto varguista. Acontece que com o retorno da democracia na Segunda República, a Federação volta à cena, e os Estados novamente se tornam fortes porque a base de seu poder praticamente não foi alterada, qual seja, o funcionamento do jogo político estadual. (...) Será principalmente a volta da política dos governadores, só que num contexto diferente do da República Velha. (ABRUCIO, 1998, P. 48).

Talvez por ter sucedido a uma época de grande concentração de poder – como foi o Império – e por dar lugar a outro momento de grande fortalecimento do governo central, a Primeira República e seu legado tenham inspirado a formulação de explicações automatistas para o funcionamento da dinâmica política brasileira como um todo (vide a já citada metáfora das “sístoles e diástoles”). Deixando de lado essa discussão mais ampla, o certo é que a rede de relações políticas – que articula os níveis nacional, regional e local em uma dinâmica de apoio mútuo – construída pelos governadores no período 1889-1930, nunca foi de todo desarticulada: ela se adaptou às várias mudanças ocorridas na estrutura sócio-econômico-demográfica do Brasil, restringiu seu escopo de ação de acordo com as condições permitidas pelo Governo Federal nas fases de centralização (1930-1945 e 1964-1985) e resistiu, como uma das principais variáveis a

serem levadas em conta por qualquer analista da cena política brasileira do século XXI (ABRUCIO, 1998; ANDRADE, 2004; CARVALHO, 2005b).

Quanto ao período democrático de 1946 a 1964, pode-se dizer que foram reestabelecidas as premissas básicas do sistema federativo no Brasil, e que esse simples fato já representa uma considerável descentralização de poder em relação ao período de Vargas. Com certeza, não se tratou de época semelhante à Primeira República, na qual os governadores eram mais fortes que o Presidente tanto em termos políticos quanto militares, mas – destaca Fernando Luiz Abrucio (1998) – também não se pode deixar de considerar que dois dos presidentes mais marcantes do período foram eleitos logo após encerrarem seus mandatos como governadores: Juscelino Kubitschek em Minas Gerais e Jânio Quadros em São Paulo. Também não se pode ignorar que duas figuras políticas que exerceram papéis fundamentais o fizeram a partir de governorias estaduais: Leonel Brizola no Rio Grande do Sul e Carlos Lacerda na Guanabara. Tal recuperação do poder dos Governos Estaduais foi – guardadas as devidas proporções – um fenômeno de âmbito nacional, de maneira que a federação brasileira deixou de concentrar poder em dois ou três Estados para se tornar relativamente mais multipolar (basta ver que a Constituição de 1946, que inaugurou esse período democrático, reservava 3% de toda a receita tributária federal para o combate à seca no Nordeste, assim como 1% para o desenvolvimento da região do rio São Francisco durante vinte anos – ABRUCIO, 1998). A representação parlamentar dos Estados mais desenvolvidos – sobretudo Minas Gerais e São Paulo – foi proporcionalmente reduzida em comparação com a de outros Estados que, temerosos em relação ao estabelecimento de uma nova “Política do Café com Leite”, fizeram com que esse arranjo fosse inserido na Constituição de 1946 (artigo 58).

O quadro federativo da Segunda República toma, portanto, a seguinte forma: os Estados voltaram a ter autonomia, a Federação se tornou multipolar e o Estado nacional se fortaleceu em termos econômicos e políticos. Nesse quadro, as relações entre Estados e União se estabeleceram mediante barganhas clientelistas, realizadas tanto no Congresso como na burocracia federal. Tais barganhas clientelistas passavam ao largo das principais decisões estratégicas do Estado varguista-desenvolvimentista. Interessava às elites regionais apenas colher os frutos do desenvolvimento econômico e não participar responsabilmente da definição dos rumos do Estado. Se o modelo varguista tinha a possibilidade de resguardar as arenas decisórias estratégicas para o Estado desenvolvimentista, por outro lado ele tinha que montar uma estrutura clientelista para atender à sede distributivista das elites regionais. O problema é que com o tempo a política de clientela afetava negativamente as macropolíticas do Estado nacional. (ABRUCIO, 1998, p. 52-3).

Um importante indicador, tanto dos obstáculos criados pelas relações clientelísticas estabelecidas nesse novo contexto, quanto do equilíbrio interfederativo que passou a marcar a distribuição de poder na federação brasileira entre 1946 e 1964, foi o fato de que, para levar a cabo sua plataforma desenvolvimentista, Juscelino Kubitschek teve de lançar mão do artifício do “insulamento burocrático”. Através da criação de organismos administrativos extraordinários, paralelos à estrutura usual do Estado e financiados por fundos especiais extra-orçamentários, foi possível “contornar” o escrutínio do Poder Legislativo (AVELAR, 2001), que certamente não se pautaria pelo mesmo cronograma que regia a execução das obras realizadas pelo Governo Federal. Tal arquitetura institucional mostra como o Presidente da República não concentrava excessivos poderes no período democrático de 1946 a 1964: mesmo ocupando a posição de maior poder na federação brasileira, era levado a realizar grandes esforços – políticos e institucionais – para apaziguar as elites políticas estaduais, e assim, viabilizar a execução de sua estratégia de governo. Vê-se, assim, pelo equilíbrio verificado no período (ABRUCIO, 1998), que a descentralização de poder, consequência direta da democratização de 1946, não foi, de forma alguma, “inversamente proporcional” à centralização do período de 1930-1945; assim, descarta-se o automatismo que marca as análises “golberyanas” do federalismo brasileiro (KUGELMAS, 2001).

O período inaugurado pelo movimento militar de 1964 foi marcado por um rápido processo de centralização de poder político e administrativo, assim como, em um segundo momento, por um gradual distender das forças que mantinham Brasília como o centro de todas as decisões importantes que afetavam o país. Sendo uma das duas bandeiras dos autores do 1º de abril de 1964 o combate à corrupção – a outra era, evidentemente, a eliminação da esquerda radical do cenário nacional (GASPARI, 2002) –, condizia com esse ideário a diminuição do grau de poder nas mãos dos Estados e municípios, tomados que esses estavam pelas elites políticas tradicionais há décadas. A classe política tradicional era tida como a principal responsável pela corrupção da qual acreditava-se estar acometido o Estado brasileiro. Logicamente, a concentração de poder na esfera federal também objetivava eliminar possíveis oponentes ao regime que se instalava, tanto o é que as Polícias Militares foram colocadas sob o comando do Exército Brasileiro e, posteriormente, após importantes vitórias oposicionistas nas eleições estaduais de 1965, foram extintos os partidos políticos existentes e suspensas as eleições diretas para

governadores (mais uma vez, altera-se o direito das elites estaduais elegerem seus governantes, eterno ponto sensível do federalismo brasileiro).

O modelo unionista-autoritário de relações intergovernamentais montado pelo regime militar tinha três pilares: o financeiro, o administrativo e o político. Do lado financeiro, o modelo visava centralizar ao máximo as receitas tributárias nas mãos do Executivo Federal, dando-lhe controle quase que completo das transferências de recursos para os Estados e Municípios. O aspecto administrativo, por sua vez, objetivava uniformizar a atuação administrativa nos três níveis de governo, guiados pelo planejamento central. E, por fim, do ponto de vista político, o Governo Federal procurou controlar integralmente as eleições às governorias, evitando que a oposição controlasse as máquinas estaduais. Os militares sabiam que, mais do que os partidos, o grande contrapeso à ação do Executivo Federal tem sido historicamente constituído pelos governadores. (ABRUCIO, 1998, p. 63-4).

Do ponto de vista financeiro, destacam-se os anos de 1964 a 1967. O sistema tributário que nasce nesse período de reformas estruturais do Estado – inscrito na Constituição de 1967 e na Emenda Constitucional nº 1, de 1969 – marcou a definitiva “modernização” do enfoque que o setor público dava à sua atuação econômica. Foi deixado de lado o arcabouço tributário próprio de país agrário-exportador, e adotado sistema que visava a atuação em um contexto de urbanização, industrialização e diversificação da economia, que marcava cada vez mais o Brasil¹³ (RIANI, 2002). Com isso, o Governo Federal buscava, principalmente, construir uma base fiscal sólida sobre a qual pudesse colocar em prática as políticas econômicas desenvolvimentistas defendidas pelo grupo que acabara de ascender ao poder. A ação do Estado como impulsionador da economia seria crucial para a continuidade da implementação do modelo de industrialização por substituição de importações que, desde o primeiro governo de Getúlio Vargas, norteava o desenvolvimento econômico brasileiro – e que, desde a Administração Juscelino Kubitschek, vinha se concentrando no setor de bens de consumo duráveis. Dessa maneira, a receita total do Estado passou de 19,5% do PIB nacional em 1964, para 31,4% em 1977, uma década após a entrada em vigor da reforma tributária (RIANI, 2002).

A marca mais distinta da reforma tributária de 1967/69, entretanto, é a da centralização de recursos – e sobretudo de poder de decisão – na esfera federal. Cabiam à União os impostos que incidiam sobre onze diferentes “fontes”, enquanto que os estados e municípios detinham, cada um, duas “fontes” de impostos apenas¹⁴ (RIANI, 2002). Os impostos da alçada federal eram

13 Um exemplo da modernização do sistema tributário brasileiro foi a ênfase que passou a ser dada ao Imposto de Renda de pessoas físicas, com o objetivo de alcançar as crescentes classes médias urbanas: entre 1965 e 1969 o número de contribuintes desse imposto saltou de 400 mil para 1,5 milhão de pessoas (RIANI, 2002).

14 Segundo Flávio Riani (2002), a distribuição de competências era a seguinte: cabiam à União os impostos que

os que mais movimentavam recursos, e a divisão desses era amplamente favorável a Brasília (dos impostos de renda e sobre produtos industrializados – IR e IPI, respectivamente –, 80% ficava nos cofres do governo federal, 10% era repartido entre estados e 10% entre municípios). A União também tinha poderes especiais sobre os tributos de competência dos outros níveis da federação, freqüentemente exercidos na definição das alíquotas do ICM¹⁵ - principal imposto estadual –, assim como da redução desses tributos como forma de incentivo ao setor produtivo (mais uma vez, o ICM era o alvo mais usual). Em geral, o nível de redistributividade desse sistema era baixo: ainda que alguns impostos incluíssem em suas fórmulas de divisão critérios de renda per capita da população local – quanto menor a renda, mais recursos – na maioria dos impostos a repartição era feita de acordo com critérios de local de produção de riqueza, tamanho populacional e superfície territorial (RIANI, 2002). O principal problema se relacionava com as baixas proporções do total arrecadado que eram disponibilizadas para a repartição sob critérios progressivos.

Graças a esses aspectos estruturais – e também devido à fragilidade dos mecanismos de arrecadação dos governos subnacionais, sobretudo municipais –, as transferências de recursos entre esferas federativas se tornou essencial para a sobrevivência dos governos estaduais e municipais, sendo essas classificadas como transferências “constitucionais” (obrigatórias) e “não-constitucionais” (condicionadas à negociação política entre os atores). Cada categoria de transferência constitucional estava vinculada à arrecadação de um imposto específico, por isso essas variavam ao sabor do desempenho da economia nacional como um todo: em período de crescimento, serviam para buscar legitimar o regime junto à classe política civil dos Estados e municípios; em época de recessão, canalizaram grande importância para as transferências negociadas (“não-constitucionais” - RIANI, 2002), criando um mecanismo de pressão política que foi crucial para a derrocada da ordem ditatorial.

As principais políticas públicas foram unificadas sob a égide da máquina estatal federal: em 1966 cria-se o sistema unificado nacional de previdência social, o INPS; entre os anos de 1964 e 1967 estrutura-se grandioso sistema de habitação e saneamento, a ser financiado pelo

incidiram sobre importação, exportação, propriedade territorial rural, renda, produtos industrializados, transmissão de bens *inter vivos*, operações financeiras em geral, transportes e comunicações, combustíveis (e afins), energia elétrica, minerais; aos Estados restaram os impostos sobre circulação de mercadorias e sobre transmissão de imóveis; aos municípios, finalmente, cabiam os impostos sobre propriedade territorial e predial urbana, assim como sobre serviços de qualquer natureza (exceto os incluídos nas competências da União e dos estados).

15 Hoje, ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços.

BNH (Banco Nacional de Habitação), majoritariamente com recursos do recém-criado Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS, espécie de “poupança forçada” dos trabalhadores, que seria revertida a esses em caso de demissão ou aposentadoria; substituto da estabilidade empregatícia, o FGTS concentrava recursos em grandes quantidades, suficientes para o financiamento de grandes projetos do Governo Federal – ARRETCHE, 2000).

Assim, foi entre 1964 e 1967 que se estabeleceram as bases sobre as quais funcionaria o regime militar dos próximos anos: reforma administrativa, nova Constituição, estruturação de grandes projetos de políticas públicas federais, “drástica reestruturação” do sistema político, além de reformas econômicas estabilizantes. Esse arcabouço político-legal-econômico-administrativo, montado justamente pelos militares que desejavam uma rápida volta à normalidade democrática (GASPARI, 2002), serviu de sustentáculo principal ao grupo militar mais radical, pois tornou possível o explosivo crescimento econômico que, entre 1968 e 1974, “justificou” sua presença no comando do Brasil.

1.1.2 A Constituição de 1988 e o “novo pacto federativo”

Quando se esgotou o surto desenvolvimentista batizado de “Milagre Econômico” (1968 a 1974), começou a ruir a ordem política e institucional, marcada pelo grande centralismo político, que havia sido instaurada a partir de 1964. Foi um processo lento, marcado por avanços e recuos, assim como pelo ressurgimento na cena política das elites regionais, lentamente, introduziram incontáveis nuances no bipartidarismo criado pelos militares. As características do processo de desmonte dessa ordem centralista foram determinantes na configuração da nova ordem federativa que surgia, juntamente com a redemocratização.

As eleições legislativas de 1974 apontaram um crescimento surpreendente da oposição, justamente – e provavelmente como consequência de – em um momento em que o Governo Federal não se encontrava tão forte quanto nos anos anteriores. Se o crescimento econômico do período do “Milagre” era usado abertamente como elemento legitimador da ordem política vigente, então o fracasso da estratégia econômica adotada subtraía muito do apoio político anteriormente à disposição do Governo Federal. Frente a esse quadro, estabeleceu-se uma dinâmica em que os militares passavam a buscar sustentar seu domínio também nas instituições políticas civis existentes, pois apenas a força das armas e do crescimento econômico já não era suficiente para prover o regime de legitimidade (ABRUCIO, 1998; ABRUCIO e COSTA, 1999).

Até que o último militar deixou a Presidência da República, em 1985, o que ocorreu foi uma incessante busca de apoios por parte do Governo Federal junto à classe política, que cada vez “custava” mais à União. Nessa barganha constante, Estados-membro e municípios foram recuperando gradualmente suas prerrogativas federativas, perdidas nos anos posteriores a 1964. Assim, a forma através da qual foi dissolvida a centralização do poder foi determinante para a reconstrução do significado político do nosso federalismo.

Em abril de 1977, tendo em vista as eleições do ano seguinte, e agindo com o intuito de preservar sua base de apoio civil, o Governo Federal altera as regras de representação no Poder Legislativo: aumenta o número mínimo de deputados por estado – o que privilegiava os menos populosos –, institui a indicação indireta de mais um senador por Estado – através das tradicionalmente conservadoras assembleias legislativas –, e estabelece a representação municipal nos Legislativos Estaduais, responsáveis não apenas pela eleição dos governadores

como do “senador biônico” que se acabara de instituir. Essas medidas aumentaram o poder geral das elites políticas estaduais, trazendo-as de volta ao cenário político nacional. Nas eleições de 1978, assim, o partido do governo se manteve no poder, mas o significado qualitativo dos resultados eleitorais foi tão – ou mais – importante que o quantitativo: a oposição crescia nos grandes centros urbanos e nas regiões mais ricas e desenvolvidas, enquanto que o partido do governo alcançava melhores votações nas regiões mais pobres do país, além de zonas rurais e periferias das grandes cidades (ABRUCIO, 1998).

Fernando Luiz Abrucio (1998) destaca que, enquanto vigorou o desejo dos militares de eliminar os “políticos tradicionais” – uma vez que esses estariam por demais associados à corrupção – ganhou força um discurso tecnocrata, que levou alguns atores de perfil claramente técnico ao posto de governadores de estados. Enquanto isso ocorria, as tradicionais elites políticas estaduais haviam recuado, ocupando os poucos espaços políticos remanescentes, assim como cargos no interior da administração pública.

A necessidade do Governo Federal obter apoio político civil, crescente ao longo dos anos 1970, encontrou as elites políticas estaduais ávidas por recuperarem seu papel de importância histórica para a federação brasileira. Independentemente se filiadas ao partido de situação ou de oposição, ou se originárias de regiões ricas ou pobres, elas trabalharam sempre no sentido de reinstaurar o poder de suas entidades federadas junto à União. As elites oposicionistas o faziam abertamente, e as governistas buscavam obter mais poder frente à “constante ameaça” de avanços da oposição em seus respectivos estados (ABRUCIO, 1998).

Em suma, embora a estratégia do regime militar desde Geisel [1974] tenha sido beneficiar economicamente os Estados mais pobres para obter apoio político, os Estados mais ricos também foram favorecidos, só que com o objetivo de refrear as críticas ao Governo Federal e fortalecer os governos arenistas desses Estados frente à oposição local. (ABRUCIO, 1998, p. 87).

Os anos 1980 trouxeram uma amplificação significativa dessa dinâmica, pelos mesmos motivos que deram início a ela em 1974: o segundo choque do petróleo (1979) e a crise da dívida externa latino-americana (1982) colocaram o Governo Federal em situação econômica desesperadora, o que corroeu ainda mais suas já fracas bases de legitimidade. Foi dentro desse contexto que aconteceram as primeiras eleições diretas para os governos estaduais em quase duas décadas, realizadas em 1982. Nessas eleições, não apenas foram eleitos governadores

oposicionistas nos estados mais importantes da federação¹⁶ como – principalmente – esses constituíram-se em um segundo foco de legitimidade dentro da federação, que rivalizava com a Presidência da República exatamente por ter sido eleito diretamente. Abrucio (1998) destaca que passamos a ter, assim, uma “diarquia”, pois nessas primeiras eleições diretas após longo período foram eleitos governadores, ao invés de um presidente, como costuma ocorrer em outras transições democráticas (ABRUCIO, 1998; KUGELMAS, 2001). Além disso, há o fato de que as eleições de 1982 eram “casadas”, ou seja, serviam também para escolher os membros do Legislativo Federal, de maneira que o grande impacto das campanhas para governadores se transmitiu para a dos senadores e deputados. A “diarquia” nascida em 1982 foi, assim, marcada por situação na qual a oposição possuía não apenas o controle das principais máquinas estaduais contrárias ao poder da União, como também uma influência fortíssima na Câmara dos Deputados e no Senado, através dos governadores.

Os resultados não demoraram a começar a surgir: em 1983 é aprovada a emenda Passos Porto, que devolvia aos estados o controle sobre seus principais impostos, assim como garantia a esses uma parte maior do total dos tributos federais; em 1984 a campanha pela volta das eleições diretas para a Presidência da República foi organizada pelos governadores de oposição e, se não obteve sucesso direto, causou um desgaste gigantesco ao Governo Federal; em 1985 é eleito – indiretamente – um governador oposicionista à Presidência da República, o mineiro Tancredo Neves. Abrucio (1998) aponta todos esses acontecimentos como sinais do crescimento do poder dos governadores na federação brasileira, que foi estimulado pelo enfraquecimento geral do Governo Federal, pela morte de Tancredo Neves, pela grave crise econômica que afetou o país durante todo o restante da década, pela instabilidade advinda do afastamento do primeiro Presidente eleito diretamente após quase três décadas, dentre outros aspectos menores. Assim, após a forte centralização de poder instituída pelos militares, na redemocratização o país vivia nova estrutura de divisão, com os entes subnacionais da federação novamente desempenhando papel de destaque.

Ainda sob a influência da ascensão do poder dos governadores – e das elites políticas estaduais como um todo – foi eleita em 1986 a Assembléia Nacional Constituinte que elaborou a Constituição hoje vigente no Brasil. O contexto de escolha dos deputados constituintes teve grande influência no resultado final do trabalho desses: uma Constituição que, se para alguns

16 Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

mereceu a alcunha de “municipalista” e para outros consolidou o poder dos governadores, certamente serviu para retirar da União muito do poder que essa tinha acumulado. Aspásia Camargo (2001) aponta que, pela grande quantidade de atribuições que passaram a ser dos municípios, o novo ordenamento constitucional brasileiro concentra poder na esfera municipal da federação. Já Abrucio (1998) – em argumentação controversa que viria a ser relativizada em trabalhos seguintes¹⁷ – afirma que, exatamente pela pequena quantidade de atribuições constitucionais exclusivas que a Constituição de 1988 delegou aos Estados, esses foram os entes federados que saíram mais fortalecidos, uma vez que assumiram menos responsabilidades ao mesmo tempo em que ampliaram sua participação na divisão dos recursos tributários.

A discussão acerca do caráter estadualista ou municipalista do federalismo brasileiro pós-1988 perde sentido quando consideramos os governos subnacionais como um conjunto: definitivamente, o quadro estabelecido pela atual Constituição (quando de sua promulgação) mostrou claramente a derrubada do centralismo que marcava a ordem política nacional, reestabelecendo a autonomia que deveria marcar os governos subnacionais. Tomando a área fiscal – mais uma vez – como indicador, deve ser dito que a Constituição de 1988 estabelecia sete “fontes” de impostos como responsabilidade da União (em contraste com as onze que vigoravam desde a reforma tributária de 1967/69), enquanto Estados e municípios eram responsáveis por quatro fontes de impostos cada (o dobro do que cada um tinha direito anteriormente – RIANI, 2002)¹⁸. Assim, um efeito imediato da Constituição de 1988 foi o de fazer com que a participação da União no total de impostos arrecadados no país caísse de 75,2%, em 1987, para 66,1% em 1989. Outro indicador importante do reordenamento das relações federativas ocorrido com a Constituição de 1988 foi o que se relaciona com os principais mecanismos constitucionais de transferência de recursos, os fundos de participação dos Estados (FPE) e dos municípios (FPM):

¹⁷ Do universo de trabalhos de autoria – total ou parcial – de Fernando Luiz Abrucio que foram consultados para a realização da presente pesquisa, os dois mais antigos (ABRUCIO, 1998; ABRUCIO e COSTA, 1999) se caracterizam pela ênfase conferida ao papel dos governadores no contexto federativo brasileiro das três últimas décadas. Os trabalhos mais recentes (ABRUCIO 2001; ABRUCIO e SOARES, 2001), por sua vez, já relativizam o protagonismo da esfera estadual, dedicando mais atenção ao papel dos municípios na federação brasileira.

¹⁸ Impostos de competência federal, a partir da promulgação da Constituição de 1988, passaram a ser aqueles que se originavam na importação, exportação, propriedade territorial rural, renda, produtos industrializados, operações de crédito em geral e, finalmente, grandes fortunas (ainda não regulamentado). Os Estados cobravam impostos sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços, sobre transmissão de bens *causa mortis*, propriedade de veículos automotores, assim como passaram a ter direito sobre um valor suplementar cobrado no Imposto de Renda. Os municípios, por sua vez, preservaram a tutela sobre os impostos sobre serviços de qualquer natureza e predial/territorial urbano, e passaram a arrecadar tributos sobre a transmissão de bens *inter vivos* e sobre a venda de combustíveis no varejo (RIANI, 2002).

de acordo com a ordem fiscal anterior, 10,5% dos recursos gerados pelos impostos de Renda e sobre Produtos Industrializados – ambos da esfera federal – seriam destinados ao FPE, para distribuição entre os Estados, enquanto outros 10,5% seriam distribuídos entre os municípios, através do FPM; a partir de 1988, tal quadro muda radicalmente, com 22,5% da arrecadação do IR e do IPI sendo destinados ao FPM, 21,5% ao FPE, e 3% destinados ao financiamento dos setores produtivos das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (RIANI, 2002).

As mudanças ocorridas no financiamento do FPE e do FPM ilustram não apenas a ascensão dos Estados e municípios no contexto federativo do Brasil redemocratizado, mas também exemplificam muito bem o forte caráter redistributivo que marcou a nova ordem fiscal nacional. Dos recursos reunidos no FPE, 85% são distribuídos entre os estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e apenas 15% vão para as Regiões Sudeste e Sul, principais responsáveis pela geração dos recursos do Fundo. No mesmo sentido segue o FPM, que não apenas dá especial destaque às cidades da Região Nordeste (recebem 35,3% do total arrecadado pelo Fundo), como também privilegia os municípios do interior, que contam com 90% dos recursos distribuídos, enquanto as capitais de estados – sempre mais ricas – têm que dividir os 10% restantes (RIANI, 2002). Já o antigo ICM, por sua vez, incorporou os impostos sobre combustíveis e lubrificantes, minerais, energia elétrica e serviços de transportes e comunicações, transformando-se no atual ICMS¹⁹; assim robustecido, o principal imposto estadual teve sua alíquota interestadual – quando da destinação de produtos para as Regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e para o Estado do Espírito Santo – reduzida de 9% para 7%, o que representou a construção de mecanismo de transferência de recursos das regiões mais ricas para as mais pobres do país²⁰ (RIANI, 2002). Essa renúncia fiscal por parte dos estados mais ricos em proveito dos mais pobres, entretanto, foi de certa forma esvaziada em parte de seus efeitos ao longo da década de 1990, uma vez que a entrada em vigor da Lei Kandir²¹, em 1997, reduziu a capacidade

19 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços.

20 Do total de ICMS gerado no Brasil, a Região Norte, que contava com 2,50% em 1988, passou a ter 4,12% em 1999; ao mesmo tempo, a Região Sudeste diminuiu sua participação de 63,30% (1988) para 59,75% (1999), e a Região Sul de 17,10% (1988) para 15,31% (1999). A Região Nordeste cresceu de 11,60% (1988) para 13,54% (1999), e a Centro-Oeste de 5,50% (1988) para 7,29% (1999). Exceção à regra na Região Sudeste, o Estado do Espírito Santo, que arrecadou 1,40% do ICMS brasileiro em 1988, em 1999 tinha em seu poder 2,37% desse total (RIANI, 2002).

21 A Lei Kandir isenta da cobrança de ICMS os produtos primários e semi-elaborados destinados à exportação, com o objetivo de incentivar a obtenção de superávits na balança comercial nacional (RIANI, 2002). A questão das compensações do Governo Federal aos Governos Estaduais em troca dessa “renúncia” fiscal se arrasta inconclusa até hoje.

arrecadadora do ICMS dos estados que mais exportam (geralmente, os mais ricos) (RIANI, 2002). Tal medida se insere em um contexto de recuperação do poder por parte do Governo Federal, que se deu a partir principalmente de 1995. As bases fiscais dessa nova mudança se encontram também na Constituição de 1988: essa reservou à União a competência sobre a arrecadação da totalidade das contribuições sociais²² que, aumentadas, se tornaram fonte de recursos que fizeram com que o Governo Federal passasse a recuperar em parte o destaque que lhe cabia antes na “divisão do bolo” tributário federal ocorrida nos anos 1980 (RIANI, 2002).

Não podemos concluir, a partir da significativa conquista de poder realizada pelo conjunto dos Estados ao longo da década de 1980, que nas relações horizontais entre esses atores a cooperação era a regra. Muito pelo contrário, pois Abrucio (1998), ao analisar o período de grande poder dos governadores (1982 – 1994), conclui que os únicos motivos capazes de unir os governos estaduais foram aqueles que ameaçavam sua posição coletiva na Federação. Em quaisquer outros momentos, as relações horizontais na esfera estadual da federação brasileira eram marcadas pelo isolamento entre as partes, a ponto de Abrucio e Costa (1999) as classificarem como “competitivas/não-cooperativas”. O mesmo se aplica às relações entre municípios, marcadas pelos procedimentos de “guerra fiscal” adotados ao longo da década de 1990, com o objetivo de atrair investimentos produtivos. Dessa maneira, pode se mostrar traiçoeira a defesa tanto da existência de um “federalismo municipalista” quanto de um “federalismo estadualista”, uma vez que prefeitos e governadores não costumam agir em conjunto regularmente.

O que há de concreto a respeito do “novo pacto federativo” brasileiro é o enfraquecimento inicial da União e a posição dos governadores como atores centrais da política nacional, conformando um quadro que perdeu intensidade a partir de 1994, sem contudo ter suas principais características alteradas (ABRUCIO, 1998; ABRUCIO e COSTA, 1999; ABRUCIO, 2001; ABRUCIO e SOARES, 2001).

Além das poucas competências exclusivas presentes na Constituição e do aumento na participação do total de recursos fiscais nacionais, há outros aspectos que contribuíram para que os Estados federados – e suas elites políticas – desempenhassem papel de destaque no cenário político brasileiro. Um deles é a fraqueza do sistema partidário nacional, que por dar pouco ou

22 Contribuições para o financiamento da seguridade social, contribuição para o Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP), contribuição social sobre o lucro das pessoas jurídicas e contribuição sobre a folha de pagamento (empregado e empregador) (RIANI, 2002).

nenhum apoio a seus candidatos, deixa – ainda hoje – que esses conquistem seus mandatos praticamente “por conta própria”. Os eleitos, sobretudo para o Legislativo, ficam em posição de lealdade não em relação a seus partidos de origem, mas àqueles que realmente contribuíram com suas campanhas políticas. Nesse contexto, os governadores ganharam prestígio, uma vez que tinham o poder – pouco regulado – de liberar recursos de investimento para as regiões do estado que se configuravam como “base eleitoral” exatamente dos candidatos a deputado estadual e federal que eles queriam eleitos. Os deputados já eleitos deviam a continuidade de suas carreiras à constante liberação de verbas estaduais para as regiões onde eles costumavam ser mais bem votados – segundo Abrucio (1998), essas regiões são “distritos eleitorais informais” – , e retribuía com apoio ao governador. Controlando boa parte das bancadas de seus estados na Câmara dos Deputados e no Senado, os governadores se configuravam como poderosos atores também na cena política nacional. Incapazes de agir conjuntamente de forma propositiva, os governadores estavam fortemente habilitados para bloquear quaisquer propostas que ameaçassem sua condição de destaque na estrutura federativa.

Em apoio a essa argumentação existe a “teoria legislativa do federalismo”²³, que se apoia no argumento básico de que a principal força a pautar as relações entre os membros de uma federação é a ação dos legisladores de todos os níveis, em busca – incessante – de recursos sobre os quais eles possam reivindicar crédito político (VOLDEN, 2005). Dessa maneira, se seguimos o raciocínio de Abrucio (1998), encontramos os governadores de Estados controlando dois elementos cruciais de poder, de acordo com a “teoria legislativa do federalismo”: eles ajudavam – mais nas décadas de 1980 e 1990, mas em certa medida, ainda hoje – os deputados e senadores a se elegerem (emprestando prestígio político a toda a chapa), e depois eram determinantes para que esses parlamentares – estaduais e federais – obtivessem os tão desejados recursos para as suas regiões de origem, sobre os quais eles pudessem reivindicar crédito político.

Essa conjuntura começa a perder força quando as bases que a criaram também vão mudando. As “eleições casadas”, que tinham as governorias como principais cargos em disputa, já não se repetiram em 1994, quando a escolha do novo Presidente da República passou a encabeçar o pleito. Também de 1994 data o Plano Real, que obteve sucesso no combate à

23 Outra teoria explicativa da dinâmica interna do federalismo, exposta por Craig Volden (2005), é a “funcionalista”. De acordo com a “teoria funcionalista do federalismo”, cada ente federado tenderia a expandir sua influência sobre as áreas de atuação nas quais fosse mais eficiente, ao mesmo tempo em que buscaria reduzir sua participação nos setores de maior ineficiência.

inflação, tirando dos governos estaduais a possibilidade de “cortar gastos” todo mês – apenas ao atrasar pagamentos – e assim sustentar políticas fiscais irresponsáveis e eleitoreiras. Os bancos estaduais, tradicionais “caixas” informais dos governos regionais, passaram a enfrentar grandes dificuldades no novo cenário econômico, constituindo assim o estopim da crise das dívidas estaduais à medida em que se aproximavam da falência. Diante da fragilidade dos governadores, o Presidente Fernando Henrique Cardoso estabelece negociações que, se por um lado equacionaram os problemas financeiros estaduais de forma desvantajosa para a União naquele momento, por outro criaram mecanismos²⁴ que impediram definitivamente os governadores de se endividarem novamente de maneira tão descontrolada. Tal renegociação das dívidas estaduais significou, na prática, uma considerável transferência de poder da “periferia” para o “núcleo” do sistema federativo brasileiro, compensando parte do “estadualismo” que havia se instalado após 1982. Dizemos parte porque, do ponto de vista político, permanece – ainda que com menor intensidade – a estrutura de relações que liga deputados estaduais e federais – de forma dependente – aos governadores, em uma dinâmica que inclui também os municípios, em sua maioria pequenos, dependentes das transferências constitucionais e – sobretudo – das verbas obtidas através de emendas orçamentárias negociadas (ABRUCIO, 1998).

É dentro desse contexto federativo, marcado por profundas mudanças na correlação de forças entre os atores (sobretudo federais e estaduais), que passamos a tratar com mais atenção da questão das políticas públicas e do município, como executor de boa parte dessas a partir da Constituição de 1988.

²⁴ Privatização dos bancos estaduais em troca da renegociação da dívida dos estados, privatização de empresas estaduais estatais e (ABRUCIO, 1998), a longo prazo, a Lei de Responsabilidade Fiscal.

1.1.3 Municipalismo autárquico e incentivos à cooperação intergovernamental

A Constituição Federal de 1988 inaugurou elemento inédito na história do federalismo mundial: a “federação trina”, que reúne não apenas União e Estados-membro mas também os municípios na categoria de entes federados. Trata-se, antes de mais nada, de uma incongruência lógica, pois se os Estados-membro firmam um pacto federativo, evidentemente trazem consigo os municípios dos quais são compostos. Da mesma maneira, se se tratasse de uma federação de municípios, automaticamente os Estados estariam também vinculados (SILVA, 1998). A inclusão dos municípios, de forma aberta e nominal, no pacto federativo brasileiro é mostra do alto grau de atenção dedicado pelos constituintes à defesa do poder local, e é nesse sentido que a “incongruência” da “federação trina” ganha significado político.

O ambiente político brasileiro da segunda metade da década de 1980 não apenas associava a centralização de poder na União ao autoritarismo militar que acabara, como também era extremamente propício para a transformação desses conceitos em ações. Nesse contexto, a celebração de uma “federação trina” é principalmente um ícone, representante de um período em que se propunha a descentralização de funções e poderes como panacéia para os problemas nacionais. Acreditava-se – não sem razão, porém sem senso de proporção – que a instância de poder municipal, por estar mais próxima das necessidades diárias da população, teria uma percepção mais acurada dessas, podendo assim agir com mais eficácia no desempenho das funções do Estado. As prefeituras, também por estarem mais próximas da população, seriam mais facilmente fiscalizadas por essa, o que eliminaria a corrupção associada ao Governo Federal. Do argumento descentralizante também constava que os poderes locais seriam capazes de executar políticas públicas adaptadas à realidade local, uma vez que estariam profundamente inseridas nessa, eliminando assim os custos e inconvenientes relacionados ao tradicional planejamento centralizado (ARRETCHE, 2003). Outra perspectiva, exposta por Oliveira, Lima e Viana (2002), credita a descentralização à prevalência de “valores de identidade” sobre “valores de igualdade”, o que, por sua vez, teria sido fruto de uma conjunção de fatores própria da década de 1980:

Segundo Sharpe (1997), entretanto, a principal razão do movimento atual em prol da descentralização decorre da relevância do direito pessoal territorial (direito coletivo subnacional) sobre o direito à igualdade interpessoal. Sharpe (1997) alega que os dois dogmas básicos da democracia moderna, o direito dos cidadãos de desenvolverem plenamente sua capacidade – o direito à igualdade –,

e o direito à identidade – o direito territorial – , mudaram de posição devido à crise dos WS [Welfare States]. O primeiro satisfazia-se pelas ações do WS em prover os cidadãos de rendas compensatórias face às desigualdades criadas pelo mercado; o direito territorial, por sua vez, incorpora a equidade, não no sentido interpessoal, mas entre comunidades subnacionais. Foi justamente a incapacidade dos WS de garantirem a plena ocupação que ocasionou a maior importância do direito territorial frente ao direito interpessoal. (OLIVEIRA, LIMA E VIANA, 2002, p. 494).

De qualquer forma, a argumentação descentralizadora era praticamente uma unanimidade no cenário político brasileiro durante a redemocratização. Diferentes grupos diferiam, no máximo, quanto à sua justificação, de maneira que alguns preferiam ressaltar o aumento das qualidades participativas e democratizantes, enquanto outros destacavam os ganhos de eficiência e eficácia que adviriam da descentralização do poder do Estado (MELO, 1996). Ambos deixavam de levar em conta as inúmeras fragilidades que marcam historicamente os governos locais brasileiros: a baixa capacidade fiscal era – e permanece sendo – um elemento essencial, principalmente em se tratando de um “ente federado”, por definição soberano; a falta de estrutura técnica, que de certa forma era decorrência da pequena disponibilidade de recursos à qual estava sujeita a imensa maioria dos municípios brasileiros, mas que também estava muito ligada ao papel de pequeno destaque atribuído às prefeituras brasileiras tradicionalmente (ARRETICHE, 2003); a menor exposição ao controle, já que os municípios são fiscalizados pelos tribunais de contas dos estados – sempre insuficientes – e por suas próprias câmaras municipais, representantes mais fracos do Poder Legislativo brasileiro. Além disso, a referida “fiscalização popular” sobre as prefeituras depende da posse prévia, por parte da população, de atributos de cidadania e civilidade (PUTNAM, 1996) que ainda hoje são pouco frequentes nos municípios brasileiros, sobretudo nos menores e mais carentes. Assim, configurou-se cenário bastante propício para que se reproduzissem redes de relações clientelísticas, a partir das administrações municipais que, ao longo dos anos 1990, não apenas agravaram e multiplicaram alguns problemas do Estado brasileiro, como também, de certo modo, impediram que a própria descentralização avançasse mais.

A transferência de várias funções estatais para o âmbito local, assim como da responsabilidade sobre uma parcela nunca antes atingida por esse na partilha dos recursos estatais, associou-se às características da estrutura política dos estados, gerando conseqüências imprevistas pelos arquitetos da descentralização. Uma vez que os governadores mantinham relação de controle sobre os deputados eleitos em seus estados – a partir da forma como liberavam recursos para os “distritos informais” de cada um desses parlamentares – , eles

passavam a ter, na criação de novos municípios, um elemento multiplicador da influência sobre as bases locais de poder. A emancipação de um distrito tornava esse, ao mesmo tempo, titular de significativo poder decisório e executivo e dependente visceralmente da liberação de verbas estaduais e federais – complementares aos fundos constitucionais – , pois sua capacidade arrecadadora e base tributária costumam ser insuficientes. A onda de criação de novos municípios no Brasil pós-Constituição de 1988 fez com que aumentasse ainda mais a proporção de cidades pequenas em nosso território. Segundo André Simões (2004), as classes de municípios com menos de 5 mil habitantes, e entre 5mil e 10 mil habitantes, foram as que mais ganharam novos membros, crescendo respectivamente 6,4% e 2,2% entre 1991 e 2001, enquanto que a população que vivia nessas cidades cresceu apenas 0,1% e 0,4% no mesmo período²⁵. Para que possamos ter uma noção do grau de fragilidade desses novos entes federados – constitucionalmente soberanos –, basta dizer que em Minas Gerais (um dos Estados que mais emancipou municípios), no ano de 1998, os municípios com menos de 20 mil habitantes tinham em média 72,6% de seus recursos oriundos de transferências (57,4% do FPM e 15,2% do repasse estadual do ICMS), e apenas 4,5% tinha origem na arrecadação tributária própria (RIANI, 2002).²⁶

Assim, ao incentivar a criação de novos municípios, os governadores inserem novas – e mais fiéis, por serem mais dependentes – cartas no baralho da política regional, afastando a possibilidade de que deputados, por se sentirem suficientemente “seguros” em seus “distritos eleitorais informais”, passassem a prescindir do apoio do governo estadual, e assim adotassem uma postura mais independente (ABRUCIO, 1998). Não houve estado brasileiro que escapasse a essa dinâmica, de forma que o Brasil ganhou 1378 novos municípios entre 1988 e 2001, saltando de um total de 4182 para 5560. Minas Gerais, objeto de interesse particular do presente trabalho,

25 Entre 1991 e 2001, os municípios com populações entre 10 mil e 20 mil habitantes cresceram 0,6% em quantidade e 1,1% em população; os entre 20 mil e 50 mil habitantes cresceram 0,4% em número e 1,5% em população; os entre 50 mil e 100 mil habitantes cresceram 0,5% em número e 2,1% em população; os entre 100 mil e 500 mil habitantes cresceram 1,8% em número de cidades e 2,4% em população e, finalmente, aqueles com mais de 500 mil habitantes cresceram 2,2% em número e 1,6% em população (SIMÕES, 2004). Tais números confirmam a tendência de concentração das emancipações na faixa das menores cidades – menos de 10 mil habitantes – o que deixa clara a fragmentação do poder político local que Fernando Luís Abrucio (1998) nos expõe e credita (dentro de sua perspectiva estadualista, já contextualizada no presente trabalho) ao poder dos governadores do período.

26 22,9% das receitas desses municípios têm como origem “outras fontes”. Para as cidades mineiras com população entre 20 mil e 50 mil habitantes em 1998, a receita tributária passa a compor 10% do total de recursos disponíveis, enquanto as transferências perfaziam 61,9% (41,5% FPM e 20,4% ICMS); o grupo das cidades entre 50 mil e 100 mil habitantes contava com 16,5% da arrecadação própria e 51,6% de transferências (28,3% FPM e 23,3% ICMS); os municípios com mais de 100 mil habitantes – exceto Belo Horizonte – arrecadavam 21,1% de seus recursos, e recebiam 42,1% de outras esferas da federação (13,7% FPM e 28,4% ICMS) e, finalmente, Belo Horizonte, que arrecadava 37,7% de sua receita em 1998, e recebia 16,4% em forma de transferências (6% FPM e 10,4% ICMS) (RIANI, 2002). O restante deve ser creditado a “outras” fontes de recursos, não especificadas pelo autor.

teve um acréscimo de 18,14% (131 novas cidades) em seu total de municípios, passando de 722 em 1988 para 853 em 2001²⁷. Dessa forma, os pequenos municípios – menos de 20 mil habitantes – passaram de 78% para 81% do total das cidades mineiras (SIMÕES, 2004). Podem constar aqui também, a título de ilustração, os números do Rio Grande do Sul, que passando de 244 municípios em 1988 para 496 em 2001 (crescimento de 103,27% no número de cidades), teve sua proporção de pequenas cidades crescendo de 73% para 81% (SIMÕES, 2004).

Do ponto de vista das políticas públicas – e apesar das transferências de recursos das outras esferas federativas –, uma grave consequência dessa fragmentação política ocorrida nos Estados foi a pulverização de recursos, com conseqüente perda de eficiência e qualidade dos serviços oferecidos:

No âmbito municipal a intensa expansão do número de municípios, por influência de decisões políticas de cunho localista e favorecimento político, gerou pulverização de recursos partilhados sem alterar o volume total de arrecadação. Certamente, os recursos do SUS e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) viriam a se tornar imprescindíveis ainda que não ocorresse a ampliação das responsabilidades municipais em saúde e educação. Afirma Dain (2000) que na perspectiva das relações intergovernamentais, a combinação entre o excesso de fragmentação na instância municipal, a paralisia induzida nos governos estaduais e o desvio de recursos da Seguridade Social deu lugar a um desenho institucional de baixa funcionalidade. (CORDEIRO, 2001, p. 326).

A grande concentração de poder no ente federado municipal, conjugada com a natureza clientelista das relações entre as cidades e o governo estadual, contribuíram para criar um cenário tremendamente infértil para a cooperação intermunicipal (ABRUCIO, 1998). Se as cidades de uma mesma região do estado compõem um mesmo “distrito eleitoral informal” – responsável pela eleição de determinado deputado –, então elas automaticamente têm ao menos um grande motivo para competir: a atração para si dos recursos que esse deputado – estadual ou federal – conseguir canalizar para a região. Da mesma maneira, as diferentes regiões do estado – que compõem distintos “distritos eleitorais informais” - tendem a competir entre si, em busca de investimentos estatais (ABRUCIO e COSTA, 1999). Como cada município tem a responsabilidade de executar uma ampla gama de políticas públicas, a tendência verificada em um ambiente tão complexo foi a do isolamento e da busca de auto-suficiência. Assim, caracterizou-se o fenômeno denominado “municipalismo autárquico”, combinação de várias

²⁷ Minas Gerais figura como o segundo estado brasileiro que mais criou municípios – em números absolutos – entre 1988 e 2001, sendo superado apenas pelo Rio Grande do Sul (252 novas cidades, crescimento de 103,27%) (SIMÕES, 2004).

forças de escopo nacional, regional e local, responsável por um dos maiores obstáculos à cooperação intermunicipal no Brasil (ABRUCIO e SOARES, 2001).

À medida em que as determinações da Constituição de 1988 eram postas em prática, o processo de redemocratização ia se distanciando no tempo, a descentralização das políticas públicas foi mostrando sua verdadeira face, livre da ingenuidade inicial (MELO, 1996). Começaram a ser buscadas alternativas que ocupassem posições intermediárias no espectro “centralização/descentralização”. Nesse sentido, a cooperação horizontal ganhou destaque, porque permite contornar alguns dos problemas mais graves decorrentes do municipalismo autárquico, dentre eles a falta de recursos e a ineficácia gerada pela pequena escala de funcionamento das estruturas municipais de prestação de serviços públicos (uma vez que a grande maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte). A cooperação intermunicipal também oferece a possibilidade de tornar real uma das propostas originais da descentralização municipalista: o fim – ou diminuição – da dependência das populações interioranas em relação à rede de serviços públicos das capitais brasileiras (FARIA e ROCHA, 2004).

Algumas das experiências de maior significado, em termos de cooperação intermunicipal, que foram desenvolvidas no Brasil da década de 1990 apresentam um importante aspecto em comum: o papel das administrações estaduais como indutoras do cooperativismo (CARVALHO, 1997-98; PENNA, 1997). Tal aspecto será visto com bastante mais atenção no capítulo seguinte do presente trabalho, mas por hora devemos atentar para o fato de que o complexo sistema de relações entre estados e municípios – agrupados ou não por regiões, representados ou não por deputados estaduais/federais – apresenta mais variáveis, possibilidades e determinantes do que se possa, em uma análise rápida, imaginar. Começemos, logo a seguir, por expor alguns dos elementos que compõem esse quadro, que são as configurações estruturais do sistema de saúde pública brasileiro, alteradas que foram de forma profunda nas duas últimas décadas.

1.2 Descentralização e cooperação intergovernamental na provisão de saúde

As políticas públicas de saúde no Brasil representam a vanguarda, em termos dos novos conceitos celebrados pela Constituição de 1988 para a atuação do Estado. “Universalização” e “descentralização” tanto já permeavam as diretrizes orientadoras da saúde pública no Brasil que, um ano antes da nova Constituição ser promulgada, já era realizada radical reforma, com a estruturação do SUDS (“Sistema Único Descentralizado de Saúde”) (ARRETCHE, 2000).

O pioneirismo na esfera federal não era nada mais do que a transposição do que já vinha ocorrendo, há alguns anos, no âmbito dos Estados. A eleição direta de governadores, partir de 1982, representou a oportunidade para que o “movimento sanitário” - composto por profissionais da área da saúde que, desde a década de 1970, reivindicavam a adoção de novos paradigmas que estruturassem a ação do Estado no que tange à saúde coletiva – penetrasse cargos na estrutura administrativa de alguns Estados, colocando em prática algumas de suas idéias. Um exemplo é o da Administração Franco Montoro em São Paulo (PMDB, 1983-1987), que regionalizou não apenas a estrutura de saúde por todo o Estado, mas também a ação estatal como um todo (CAMARGO, 2001).

Da mesma forma como a área da saúde liderou o processo de descentralização das políticas sociais brasileiras, esteve também à frente em matéria de cooperação intermunicipal, principalmente por ter experimentado, antes de todos os outros setores da ação estatal, os efeitos do “municipalismo autárquico”. A área da saúde não foi exatamente, em matéria de cooperação intermunicipal, do setor das políticas públicas de absoluto pioneirismo no Brasil, assim como também não fazem parte dela os casos de sucesso mais celebrados e discutidos (ABRUCIO e SOARES, 2001; CRUZ, 2001), mas, com certeza, em termos de cooperação intermunicipal, as políticas de saúde apresentam números de enorme significância em todo o país, distantes de qualquer padrão de cooperação com outras ações do gênero.

Talvez devamos creditar tais resultados às características especiais da classe de profissionais da saúde (marcada pela mobilização do “movimento sanitário”), talvez ao fato desses profissionais terem se lançado à prática política em um momento especialmente propício, como foi o período de transição democrática e elaboração da Constituição de 1988. Certamente tais fatores têm importância no resultado final, mas também não se pode deixar de levar em conta

o próprio papel da classe política, que tende a buscar proporcionar melhores resultados em políticas com as quais os cidadãos lidam constantemente, e quase sempre em situações percebidas como críticas (enfim, a priorização das áreas que proporcionam maior “visibilidade” política). Além disso, deve ser levada em conta a série de estímulos, por parte de diferentes esferas federativas, para que os processos de descentralização e – depois – de cooperação alcançassem bons resultados (ARRETCHE, 2003). Por uma combinação *sui generis* desses fatores, própria da década de 1990, as políticas de saúde ocupam ainda hoje papel de destaque no campo das relações federativas horizontais/intermunicipais.

Como forma de compreender melhor esse panorama, começemos pela exposição das reformas pelas quais passou o sistema de saúde pública brasileiro nas últimas décadas, para que depois possamos avaliar as conseqüências dessas mudanças no cenário federativo nacional.

1.2.1 A descentralização na saúde pública brasileira

Qualquer discussão a respeito da descentralização das políticas sociais no Brasil deve ser precedida de um debate acerca do processo de construção de direitos ao longo de nossa história. Isso se justifica porque, especialmente na área das políticas de saúde, a descentralização – alçada à condição de preceito constitucional na Carta de 1988 – foi adotada praticamente ao mesmo tempo em que a universalização do direito à saúde. Trata-se de duas reviravoltas no cenário das políticas públicas brasileiras, principalmente pela intensidade de ambas.

A clássica seqüência de construção de direitos, elaborada inicialmente por T. H. Marshall (1967) para descrever o caso inglês – direitos civis ao longo do século XVIII, direitos políticos na segunda metade do século XIX e direitos sociais ao longo do século XX – não foi repetida no Brasil. Aqui, apesar das possibilidades não-realizadas pelo Regime Monárquico, todas as três formas de direitos foram efetivadas na forma de concessões por parte do Estado, sujeitas a recuos e obedientes à seqüência ditada pelas conveniências políticas dos líderes do momento. Formalmente, os direitos civis foram integralmente implantados no Brasil no momento em que passaram a abarcar toda a sua população, quando da Abolição da Escravatura, em 1888; a realização prática desses direitos, em toda a sua amplitude, ainda aguarda por acontecer. Já os direitos políticos – de efetividade relativizada pelas deficiências dos direitos civis – foram formalmente inaugurados com o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direito, em 1934, porém tiveram de esperar mais alguns anos para entrarem em vigor. De fato, no Brasil os direitos políticos só vigoraram entre 1946 e 1964, e a partir de 1989, quando voltaram a ser eleitos diretamente todos os ocupantes de postos políticos do país.

Frente à conturbada trajetória dos direitos civis e políticos, os direitos sociais foram instituídos em um ritmo diferente no Brasil, descompassados em relação aos desenvolvimentos verificados nas outras áreas de direitos. Para T. H. Marshall (1967), a seqüência de consolidação de direitos é extremamente importante pois, pelo menos na Inglaterra, foi resultado de uma ordem lógica: a conquista de direitos civis permitiu que os cidadãos se mobilizassem em torno da causa dos direitos políticos, conquistando-os; prosseguindo nesse raciocínio sintético, a realização dos direitos políticos, por sua vez, tornou possível a eleição de representantes de grupos sociais que se encontravam interessados na criação de direitos sociais, de forma que a

conquista inicial encadeou os acontecimentos subseqüentes. No caso brasileiro, os direitos sociais fizeram sua primeira aparição em 1923, quando entrou em vigor a Lei Elói Chaves, encarregada de disciplinar os sistemas de previdência social existentes na iniciativa privada, no âmbito de empresas específicas (desde o Império esse setor vinha se desenvolvendo, à margem do controle do Estado – PORTO, 2001). A ação efetiva, por parte do Estado, no campo das políticas públicas só foi acontecer no primeiro governo Getúlio Vargas, ao longo do qual foram sendo “concedidos” direitos aos trabalhadores oficialmente registrados, das profissões já regulamentadas pelo Poder Público.

Costuma-se, na bibliografia que trata do assunto do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, dar destaque à criação da “Consolidação das Leis do Trabalho” (CLT), em 1943, como símbolo da prática de “concessão” de direitos à população, sobretudo durante períodos de autoritarismo. Esse enfoque, entretanto, coloca em segundo plano um outros aspecto, não apenas importante em si, como também do ponto de vista simbólico: toda a legislação trabalhista instituída por Vargas englobava apenas um determinado número de profissões, aquelas já “regulamentadas” pelo Estado. Fica evidente, assim, o motivo de ter sido cunhada a expressão “cidadania regulada” (SANTOS, 1979) para descrever a qualidade da cidadania à qual os brasileiros estavam sujeitos durante boa parte do século XX. Apenas era um cidadão completo aquele que, já sendo membro de determinada categoria profissional regulamentada, estava formalmente empregado e recolhia as contribuições sociais regulamentares. A cidadania também se restringia no tempo, a saber, enquanto o cidadão preenchia essas condições pré-estabelecidas (ou seja, enquanto estivesse vinculado ao mercado de trabalho formal). O processo de regulamentação de novas profissões, além de lento, se constituía em mais um elemento a ser usado como objeto de barganha, passível de ser “concedido” em troca de apoio político popular; dessa maneira a “concessão” dos direitos sociais pôde ser “fracionada”, e ministrada em doses homeopáticas.

A “cidadania regulada” (SANTOS, 1979), mostrada aqui em seu momento de maior controle, permaneceu ativa até que a Constituição de 1988 estabeleceu a universalidade como princípio geral de ação do Estado. O mecanismo getulista de concessão fracionada de direitos teve seu auge no período ditatorial de 1964 a 1985, no qual as políticas sociais brasileiras experimentaram seu período de maior expansão – qualitativa e quantitativa – em toda a história

nacional, justamente enquanto direitos políticos se encontravam duramente cerceados, e os direitos civis não encontravam expressão digna sequer no âmbito jurídico.

O setor de saúde pública no Brasil se encontra profundamente permeado por tais características gerais das políticas sociais nacionais. Inicialmente, era marcado por uma duplicidade bastante significativa, que opunha, de um lado, a estrutura de saúde própria do sistema previdenciário-contributivo (INAMPS – “Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social”) e, de outro a ação mais abrangente do Estado, através do Ministério da Saúde (e, em menor escala, de secretarias municipais e estaduais de saúde). As administrações federal e estaduais – também os municípios, mas eram os atores menos envolvidos – se encarregavam de realizar tarefas de saúde pública em geral, que iam desde a vigilância sanitária até a realização de campanhas de vacinação, mantendo também estruturas de atendimento destinadas àqueles que, por não contribuírem com o sistema previdenciário nacional, estavam excluídos do INAMPS (ARRETCHE, 2000). Havia, assim, dois sistemas de saúde pública no Brasil, centralizados, independentes, descoordenados, voltados para públicos distintos e marcados por significativa disparidade no que tange à estrutura instalada e à disponibilidade de recursos – em favor do INAMPS.

A década de 1980, para a saúde pública, representou a chegada de mudanças radicais no padrão de atuação do Estado, assim como nas relações interfederativas. A chegada ao poder de governadores eleitos diretamente funcionou no sentido de dar destaque à estrutura de ação direta do Estado na saúde, ao mesmo tempo em que a queda do nível das contribuições do sistema previdenciário atuou no sentido de diminuir o poder do INAMPS. Assim, a tendência de convergência entre os dois sistemas – que nunca antes tivera força para tomar a forma de medidas concretas – se fortalece, tendo um de seus marcos na criação das AIS (“Ações Integradas de Saúde”), em 1984, com o objetivo de coordenar e integrar a ação dos vários níveis e sistemas de saúde. Em 1987 a integração se completa com a criação do SUDS (“Sistema Único Descentralizado de Saúde”), que transferiu às Secretarias Estaduais de Saúde o controle sobre a rede própria do INAMPS e de parte da rede conveniada de prestação de serviços de saúde (deve-se destacar que a expansão do INAMPS se deu sobretudo durante a década de 1970, principalmente sob o signo do financiamento do setor privado conveniado – ARRETCHE, 2000).

As discussões que levaram à formulação da Constituição de 1988 foram marcadas, assim, exatamente por esse processo de reforma das políticas de saúde pública, que vinha se

desenvolvendo desde o início da década. A criação do SUS (“Sistema Único de Saúde”) na nova Constituição não incluiu todas as propostas então em discussão – tanto o é que as competências relativas a cada esfera da federação não foram especificadas –, mas logrou garantir a universalização como princípio básico, assim como a descentralização e a participação popular (ARRETCHE, 2000).

Instituído o SUS em 1988, a implementação de seu conceito de universalização – profundamente inovador, se levamos em conta o processo de formação dos direitos sociais que tivemos no Brasil – foi imediata, porém o mesmo não pode ser dito da descentralização e da participação, que foram implementadas aos poucos, nos anos seguintes.

A descentralização da saúde pública brasileira foi uma construção própria da década de 1990, tendo sido claramente marcada pelos acontecimentos desse período. Inicialmente, deve ser dito que a regulamentação do SUS começou a tomar forma no ano de 1990, com a aprovação – no âmbito federal – das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8080/90, que estabelece as competências gerenciais das esferas federativas e, de modo geral, cria a estrutura geral do Sistema; e Lei nº 8142/90, que define as formas de financiamento do SUS. A partir daí, coube às “Normas Operacionais Básicas” (NOBs) – portarias do Ministério da Saúde – guiar a construção da nova estrutura institucional do SUS.

As NOBs tiveram importância crucial na evolução do SUS, porque acabaram por determinar a estrutura de incentivos e obstáculos postos aos entes subnacionais no processo de descentralização. Essa estrutura, por sua vez, é determinante para que os governos subnacionais assumam – ou não – os papéis para eles previstos, não apenas no caso em questão, como em qualquer outro projeto de reforma descentralizante do Estado. Marta Arretche (2000) explica que, em um contexto de relações federativas democráticas, os entes federados são soberanos, e assim só podem ser compelidos a qualquer ação por meio de expressa determinação constitucional. Quando não há clareza constitucional suficiente para que se possa impor a descentralização – como na Constituição de 1988 –, a descentralização só pode ocorrer através da adesão voluntária dos entes federados. Esses atores, por sua vez, terão sua ação pautada pelos incentivos e obstáculos aos quais estão submetidos: os custos políticos e financeiros da incorporação de uma nova responsabilidade são comparados com os possíveis benefícios que podem advir dessa, de forma que a instância federativa que deseja promover a transferência de funções pode vir a atuar

no sentido de reduzir os custos e aumentar as vantagens que compõem essa “equação”²⁸, através de programas específicos de incentivo à descentralização (ARRETCHE, 2000; VOLDEN, 2005). A existência de programas de incentivo à descentralização se mostrou, segundo Marta Arretche (2000), a variável mais decisiva para o sucesso da descentralização de uma área específica das políticas públicas, uma vez que essa seria capaz de tornar superáveis outros fatores de influência, como o nível de riqueza dos entes federados que devem assumir as políticas descentralizadas, a capacidade de gasto, a cultura cívica e a estrutura institucional desses atores.

Tendo essa análise em foco, podemos voltar à descrição do processo de descentralização da saúde pública brasileira ao longo dos anos 90, sobretudo através da edição de NOBs regulamentadoras de aspectos específicos. Destacam-se duas NOBs que, juntas, constituíram verdadeiro “programa de incentivo à descentralização”, pois foram capazes de alterar radicalmente o cálculo de estados e municípios a respeito da adesão ou não à descentralização. São elas: a NOB/93 e a NOB/96. Anteriormente, havia sido editada a NOB/91, que apesar de ter estabelecido regras claras para a transferência de recursos no sistema descentralizado de saúde, o fez a partir do critério de pagamento por produção; assim, apesar de se eliminar a necessidade de influência política para a obtenção de recursos, os estados e municípios não detectaram nenhum incentivo adicional para aderir a uma estrutura na qual eles receberiam novas responsabilidades e, em troca, seriam remunerados unicamente pelos serviços prestados (mesmo assim, 22% dos municípios brasileiros – 1074, até o final de 1993 – aderiram à descentralização sob esse marco legal) (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; ARRETCHE, 2003). Do ponto de vista da equidade na distribuição dos gastos em saúde, a NOB/91 deixou um legado que só começaria a ser superado a partir da NOB/96: a consagração do princípio do pagamento por produção canalizava, automaticamente, a maior parte dos recursos federais para os locais com maior estrutura de saúde instalada, justamente as regiões mais desenvolvidas do país (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001); isso também servia para “engessar” a estrutura de saúde pública brasileira, desestimulando sua expansão, pois a remuneração por serviços previamente prestados

28 De fato, Craig Volden (2005) trabalha tal perspectiva a partir de equações matemáticas, cuja base é: $U = d q - t^2$; onde “U” representa a utilidade obtida pelo ator em questão ao adotar uma política específica; “d” a demanda pública pelo “produto” dessa política; “q” a “quantidade” dessa política que se cogita oferecer, e “t” é o custo de implementação dessa política (no caso, representado pelo nível de tributação necessário para o custeio dessa). Não é de nosso interesse quantificar tão precisamente os fatores que levam Estados e Municípios à adesão a políticas de descentralização, mas um aspecto central do enfoque de Volden (2005) merece destaque: o fato de que os custos de adesão à política em questão (“t”) crescem em proporção quadrática, enquanto que os “lucros” (“d q”) crescem em proporção linear. A ação da União nesse sentido é essencial, principalmente reduzindo os custos dos governos subnacionais (que caem em proporção maior também).

só permitia aos municípios continuar oferecendo esses mesmos serviços, iguais em quantidade e qualidade (PIOLA *et al*, 2003). Tais conseqüências da NOB/91 poderiam ter sido mitigadas se ela cumprisse a determinação legal – lei federal 8142/90 – de vincular parte dos recursos destinados aos municípios a critérios populacionais, ou seja, estabelecesse um piso mínimo para as transferências, que atingiria a todos os municípios de forma proporcional, potencializando a realização de investimentos em suas estruturas de saúde (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

O ponto fundamental que deve ser destacado aqui, a respeito da NOB/91, tem a ver com a influência que essa norma exerceu nas relações interfederativas, reforçando – setorialmente – as bases do fenômeno de autonomia e isolamento dos governos locais conhecido como “municipalismo autárquico”. A NOB/91 tinha caráter fortemente centralizador – reflexo das tensas relações do Governo Collor com os governadores de Estados –, pois buscava estabelecer contato direto entre a União e os municípios (além das instituições prestadoras de serviços de saúde), esvaziando a função de coordenação regional – sobretudo do processo de cobrança relativa aos serviços prestados – reservada pelo SUS para os Estados. Nesse contexto, foram transferidas as instalações do INAMPS para as administrações municipais, sem que os Estados pudessem desempenhar suas tarefas legais de coordenação e planejamento. Assim, pouco sujeitos à influência estadual, responsáveis por serviços de saúde custeados por produção e mantendo contato direto com a União, as prefeituras municipais brasileiras acabaram induzidas à constituição de “sistemas municipais isolados” de saúde (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Esse isolamento das prefeituras foi uma das principais causas dos problemas que levaram à constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, objeto de análise desta dissertação.

A NOB/93 representou um grande estímulo para a descentralização da saúde pública porque flexibilizou o processo de adesão ao SUS, criando diferentes níveis de complexidade aos quais estados e municípios poderiam aderir sem ter que efetuar reestruturações prévias radicais em suas estruturas de saúde. Com a vigência dessa nova norma, os entes subnacionais tiveram os termos de suas equações de cálculo sobre a adesão à descentralização alterados, pois os custos iniciais foram bastante reduzidos. Dentro da lógica do sistema de saúde pública que se estabelecia – separação entre financiamento e provisão de serviços, sendo o primeiro responsabilidade das três esferas federativas²⁹ e o segundo, via de regra, dos municípios (ARRETCHE, 2002) –, foram

29 (...) Em 1992, 72,3% dos gastos em saúde correspondiam à União; 14,9% aos Estados e 12,8% aos municípios;

criadas duas categorias de adesão ao SUS para os Estados e outras três nas quais poderiam se enquadrar os municípios³⁰. Além do sistema de repasse automático de fundos da União para Estados e municípios que tivessem aderido a uma dessas modalidades de gestão descentralizada – a mais significativa inovação dessa NOB – a NOB/93 também determinava a transferência de recursos adicionais para esses mesmos atores com o objetivo de investir na estrutura de prestação de serviços no âmbito subnacional. Porém, tal política de investimentos nunca se concretizou, permanecendo vigente a lógica do pagamento por serviços realizados, inaugurada pela NOB/91 (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Do ponto de vista das relações interfederativas, por outro lado, a NOB/93 representou importante redistribuição de poder, uma vez que os Estados passaram a se constituir em instância intermediária no contexto do SUS (no que se relacionava sobretudo à contabilidade dos serviços prestados sob a responsabilidade dos governos locais), assim como parceiros equivalentes aos municípios quando do planejamento de âmbito estadual (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

A NOB/93 também estabeleceu uma estrutura de órgãos colegiados³¹ que permite a negociação entre as três esferas federativas na área de saúde, incluindo também a sociedade civil. Entretanto, devido à instabilidade fiscal e econômica do período, era grande a desconfiança – e não infundada, pois a própria dinâmica de repasse de recursos em um contexto inflacionário se encarregava de tornar reais tais temores – de que o Governo Federal não seria capaz de honrar seus compromissos de financiamento assumidos, e acabaria por deixar para os estados e – principalmente – municípios o desgaste perante a opinião pública pelas más condições de atendimento oferecidas. Mesmo assim, sob a vigência da NOB/93, o índice de adesão municipal ao SUS chegou a 63% (ARRETCHE, 2002).

As instâncias de negociação criadas pela NOB/93 foram essenciais para a formulação da NOB/96, que começou a ser colocada em prática em 1998 e foi responsável pela conclusão do processo de municipalização da saúde pública (99,6% dos municípios brasileiros aderiram ao SUS até 2002) (ARRETCHE, 2003). A NOB/96 teve dois pilares básicos, grandemente

já em 1998, do total dos recursos federais do SUS, 55,4% foram gastos pela federação, 0,4% pelos Estados e 44,2% pelos municípios. Essa alteração substancial no repasse de recursos, se comparada com os primeiros anos da década de 1990, se explica pelos avanços que se produziram na regulação do processo de implementação do SUS através de Normas Operacionais Básicas. (GERSCHMAN, 2001, P. 420).

30 Os Estados podiam optar entre a “gestão parcial” ou a “gestão semiplena”. Já os municípios poderiam aderir à “gestão incipiente”, à “gestão parcial” ou à “gestão semiplena” da saúde (ARRETCHE, 2000).

31 Foram estabelecidas pela NOB/93 a “Comissão Intergestores Tripartite”, que reúne representantes da ação estatal na área da saúde pública da União, dos Estados e dos Municípios; a “Comissão Intergestores Bipartite”, que funciona em âmbito estadual com delegados dos municípios e da administração estadual.

responsáveis por seu sucesso: o estabelecimento de quatro novas categorias de adesão ao SUS (duas para os Estados e duas para os municípios³²), que revogaram as anteriores e simplificaram as condições com as quais se defrontavam os governos subnacionais dentro da dinâmica da descentralização; e a criação de nova metodologia para a definição do montante de recursos a ser transferido aos municípios (que representou aumento de receitas para 66% dos municípios brasileiros, e foram neutros para outros 22%) (ARRETCHE, 2002; CAMPOS, 2002). Trata-se do abandono da metodologia de repasse de recursos a partir da quantidade de serviços prestados, em favor de uma fórmula de caráter claramente redistributivista: parte dos recursos passa a ser vinculada à execução de programas de saúde específicos, outra parte passa a remunerar serviços prestados e, o mais importante, estabelece-se um “Piso de Atenção Básica” (PAB) ao qual têm direito todas as cidades, de acordo com critérios populacionais³³. O caráter redistributivo do PAB

32 As categorias definitivas de adesão estadual ao SUS são: **gestão avançada**, na qual cabem ao Governo Estadual a elaboração e execução do plano estadual de investimentos em saúde, coordenação das políticas de alto custo e complexidade e contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual; **gestão plena**, na qual, além das atribuições próprias da “gestão avançada”, cabe ao Governo Estadual estipular os valores a serem pagos pelos serviços de saúde prestados no estado (a partir de referências nacionais), assim como proceder a outras alterações necessárias à sistemática de pagamento aos prestadores.

Os municípios passaram a contar, em caráter permanente, com as seguintes formas de adesão à descentralização: **gestão plena da atenção básica**, na qual o município passa a ser responsável por todas as etapas e atores envolvidos na prestação de assistência ambulatorial básica; e **gestão plena do sistema municipal**, que consiste no grau máximo de atuação das secretarias municipais de saúde, e que transfere às secretarias municipais de saúde a responsabilidade sobre toda a rede de saúde instalada no território desse município, além de conferir-lhes poder para a alteração da tabela de preços dos serviços de saúde, assim como para realizar os pagamentos (CAMPOS, 2002).

33 (...) Assim, os grandes fluxos de transferências intergovernamentais conformados ao longo da implementação da NOB/96 são:

1) o **Piso de Atenção Básica**, compreendendo a) uma **parte fixa**, calculada com base em um valor per capita multiplicado pelo tamanho da população; e b) uma **parte variável**, destinada ao estímulo financeiro à implementação dos programas: PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família), PCCN (Programa de Combate às Carências Nutricionais), Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;

2) os recursos destinados a **procedimentos ambulatoriais de alto e médio custo/complexidade**, que incluem a) a FAE (Fração Assistencial Especializada), destinada ao financiamento de procedimentos de média complexidade, medicamentos e insumos especiais e órteses e próteses ambulatoriais; b) a APAC (relativa ao financiamento de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (pagamentos prospectivos por procedimento), e c) o FACEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), destinado a compensar os municípios pela realização de procedimentos de alta e média complexidade para pessoas não residentes; este Fundo também envolve os recursos para a municipalização das unidades da Funasa, para o financiamento de medicamentos excepcionais e para a assistência à população indígena;

3) os recursos destinados a **Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária** (distribuídos segundo valores per capita, conjuntamente a incentivos proporcionais ao volume de arrecadação de taxas de fiscalização);

4) os recursos transferidos sob a forma de pagamentos prospectivos (via AIH – Autorizações para Internação Hospitalar) combinados com fatores de compensação a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados: a) FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa), destinado a hospitais de ensino e pesquisa; e b) IVHE (Índice de Valorização Hospitalar de Emergência). (PIOLA et al, 2003, p. 422).

encontra-se principalmente na definição do valor por habitante/ano a ser transferido, que poderia variar de R\$ 10,00 a R\$ 18,00, de acordo com as características locais, e que chegou a representar uma acréscimo da ordem de 40% nas transferências de recursos para o setor de saúde em algumas cidades (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; LIMA, OLIVEIRA e VIANA, 2002). Outro aspecto essencial da NOB/96 – apesar de só ter sido efetivamente colocado em prática por outra Norma Operacional, a NOAS/01 – foi a delegação às Secretarias Estaduais de Saúde da responsabilidade sobre a elaboração da “Programação Pactuada Integrada” (PPI) de seus respectivos Estados. A função de coordenação entre municípios e regiões foi, assim, formalmente regulamentada sob a égide dos governos estaduais, que deveriam “patrocinar” e “organizar” negociações entre municípios com o objetivo de integrar suas estruturas de saúde em um todo coordenado e hierarquizado (PIOLA *et al*, 2003). A não efetivação desse mecanismo impediu que a valorização das Secretarias Estaduais de Saúde pretendida se concretizasse, de maneira que persistiu o isolamento entre atores locais como a tônica do sistema de saúde pública brasileiro:

*Ademais, esse primeiro momento do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro (período das Normas 01/93 e 01/96) caracterizou-se por um forte viés municipalizante, em que o papel das Secretarias Estaduais de Saúde foi apenas residual. Além disso, intensificou-se o conflito horizontal entre as municipalidades, com o cerceamento de demandas de assistência advindas de municípios vizinhos, instaurando uma tendência de fragmentação do sistema, com comprometimento da solidariedade e do compartilhamento das responsabilidades de gestão. (PIOLA *et al*, 2003, p. 421).*

Além das mudanças institucionais que trouxe, a NOB/96 representou também uma mudança de atitude do Governo Federal em relação ao processo de descentralização das políticas sociais: contrariamente ao que vinha ocorrendo até então, a União garantiu – e cumpriu o prometido – que os recursos devidos àqueles que aderissem à descentralização seriam transferidos de maneira efetiva e pontual; colaboraram para tal sucesso não apenas a nova forma de cálculo de verbas a serem encaminhadas aos governos subnacionais – que inseriam alto grau de previsibilidade no sistema –, mas também a estabilidade econômica que o país gozava já há alguns anos (ARRETCHE, 2002).

Completam o arcabouço normativo responsável pelas bases da descentralização das políticas de saúde no Brasil a Emenda Constitucional nº 29 (promulgada em 2000) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-SUS/01). A EC 29/2000 foi responsável pela determinação de um piso mínimo de gastos com saúde (20% do orçamento total), a ser obrigatoriamente respeitado tanto por Estados como por municípios, com o objetivo de diminuir

as desigualdades entre os níveis de financiamento da saúde pública assumidos pelas três esferas da Federação (CAMPOS, 2002). A Constituição de 1988, ao estabelecer a competência concorrente entre União, Estados e Município no financiamento do SUS, não foi clara a ponto de determinar a parte que caberia a cada esfera no desempenho dessa responsabilidade; de maneira que a EC 29/2000 foi motivada por esse desequilíbrio, que ganha destaque frente à atual “divisão do bolo fiscal”, já vista no presente trabalho. A NOAS-SUS/01, por sua vez, teve como principal objetivo o combate aos “efeitos colaterais” da descentralização que até então vinha sendo realizada. Esses problemas se relacionavam diretamente com o fenômeno do “municipalismo autárquico”, e assim foram descritos por Monnerat, Senna e Souza (2002):

(...) A análise do processo de implementação tem evidenciado que, em muitos casos, o repasse da gestão da política de saúde à esfera municipal esbarra na precariedade da estrutura administrativa do município e, particularmente, da estrutura burocrática voltada à prestação de serviços de saúde, não sendo raros os exemplos em que a própria montagem dessa estrutura administrativa coincide com o momento em que o município assume a gestão da rede de serviços.

(...) Assim, a experiência recente de descentralização municipal vem demonstrando a institucionalização de inúmeras modalidades de organização dos sistemas locais, originadas da combinação entre normas institucionais do SUS e as singularidades sociopolíticas locais.

(...) O forte estímulo à municipalização contradiz a obrigatoriedade da hierarquização e da regionalização das redes de serviços, tendo em vista que, em face da reduzida amplitude populacional da maioria dos municípios brasileiros, é impossível, e mesmo não seria racional, organizar, em cada um deles, um sistema que contenha os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Apenas um percentual pequeno dos municípios brasileiros tem porte populacional que justifique a oferta de serviços em todos os níveis. (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2002, p. 513-4).

Em poucas palavras, baixa capacidade administrativa, grande heterogeneidade entre cidades e pequena escala da maioria dos municípios brasileiros eram os principais problemas que marcavam a saúde descentralizada do Brasil nos últimos anos do século XX, e primeiros do século XXI. Com a NOAS/01, buscou-se enfrentar esses problemas através da valorização do papel dos Governos Estaduais como atores intermediários, responsáveis pela coordenação dos municípios, pela organização de sistemas multi-municipais de saúde, assim como pela realização de tarefas-meio para as quais a maioria dos municípios se mostrava incapaz³⁴ (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2002; LIMA, OLIVEIRA e VIANA, 2002). Os governos estaduais, assim, foram instados a elaborar Planos

³⁴ Vale destacar que a política de incentivos à criação de consórcios intermunicipais de saúde, levada a cabo pelo governo estadual mineiro, data de 1995, precedendo em seis anos a publicação da NOAS/01. Apesar da diferença de amplitude existente entre as propostas dos CIS e da NOAS/01 (sendo a Norma Operacional em questão bem mais abrangente em seus objetivos), é difícil deixar de notar as semelhanças entre as duas, sobretudo no que tange à perspectiva intermunicipal adotada em ambos os casos.

Diretores de Regionalização (PDRs), dos quais constaria a divisão do território do estado em macrorregiões, microrregiões e módulos³⁵ de atenção à saúde, que deveriam ser auto-suficientes nos diversos níveis de complexidade de atendimento determinados pelo SUS. Dentro de cada uma dessas unidades territoriais, os municípios deveriam integrar suas estruturas de saúde, coordenando seu funcionamento cotidiano (SES/MG, 2006). Fica claro, assim, o caráter “estadualista” da NOAS/01 – pelo poder de organização que conferiu às SES – assim como o destaque à coordenação entre os governos locais dado por essa Norma que, por sua vez, manteve inalteradas as categorias de adesão municipal ao SUS (vigentes desde a publicação da NOB/96).

Tendo sido visto o SUS – com destaque para a reestruturação das relações federativas que ocorrem em seu interior – cabe agora tratar das mudanças ocorridas no âmbito da saúde pública brasileira que não se relacionam diretamente com o Sistema Único de Saúde. Veremos, no item a seguir, as reestruturações da saúde pública brasileira a partir do prisma dos governos locais, principalmente no que se relaciona às reações dessas às medidas adotadas a partir das esferas federal e estadual na federação.

³⁵ De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, existem hoje no estado 13 macrorregiões, 75 microrregiões e 280 módulos (SES/MG, 2006). Como forma de referência, vale aqui expor que a média de municípios por macrorregião de saúde é de 65,5. Já as microrregiões têm em média 11,3 municípios, e os módulos – encarregados da atenção mais imediata e básica – são compostos, em média, por 3 cidades (SES/MG, 2006).

1.2.2 Cooperação intergovernamental na provisão de saúde

A cooperação intergovernamental pode ser classificada, basicamente, em duas categorias: vertical e horizontal. Pelo que já foi exposto a respeito do sistema federativo, as categorias de cooperação tornam-se praticamente auto-explicativas: a cooperação horizontal envolve entes federados de um mesmo nível (estados com estados, municípios com municípios), enquanto a cooperação vertical une entes de níveis diferentes (municípios com Estado e/ou com União, Estados com União) (ABRUCIO, 1998).

O que mais importa ter em mente é que a forma através da qual se organiza uma associação intergovernamental determina a medida em que as características gerais do sistema de relações federativas vigente vão se transferir para essa associação. Por exemplo, se seguimos a classificação que Abrucio (1998) deu às relações federativas brasileiras - “competitivas/não cooperativas” quando horizontais, e “predatórias” quando verticais -, podemos estimar como associações intergovernamentais verticais e horizontais tendem a ter dinâmicas internas bastante diferentes. O panorama federativo brasileiro, no âmbito municipal, é marcado pelos “distritos eleitorais informais”, pela falta – estrutural – de recursos fiscais da maioria das administrações locais, assim como pela baixa capacidade institucional dessas. Na esfera dos estados, destaca-se a centralidade – mesmo que recentemente relativizada – do papel dos governadores, o alto grau de interdependência entre os diversos níveis federativos (devido à descentralização recente), a quase sempre difícil relação entre União e estados, além das fortes desigualdades entre as regiões do país. A união entre atores estaduais e municipais, por exemplo, proporciona a reunião de uma gama tão ampla de variáveis complexificadoras que o funcionamento das associações verticais, por definição, já pode ser tido como bastante difícil. Assim, prosseguimos atentos para fato de que mesmo a mais básica característica de uma associação cooperativa – o tipo de atores que ela envolve – traz implicações da maior importância na análise das relações federativas, que ocorrem no interior dessa instância cooperada. Como veremos na continuação desse trabalho, na área da saúde predominam as associações horizontais no nível dos municípios. Não são raros os casos nos quais participam os governos estaduais, transformando essas associações em verticais, mas como tal situação não reflete o caso de Minas Gerais – nosso foco especial de interesse –, deverá ser vista apenas de forma indireta no capítulo seguinte.

A respeito dos determinantes do consorciamento intermunicipal, esse tema será explorado com mais detalhe adiante. Por enquanto, vale frisar que a descentralização da saúde pública no Brasil, vista a partir da perspectiva “de sucesso”³⁶ que abordamos aqui, representou apenas o estabelecimento de uma “cabeça-de-ponte” na batalha pela saúde universalizada em nosso país. De forma mais direta: a partir de 2000, no todo dos municípios brasileiros, passou a funcionar uma estrutura de atenção à saúde de caráter descentralizado e universal; os problemas que passaram a se destacar daí em diante foram relativos à quantidade e à qualidade dessa atenção à saúde. Em um primeiro momento, a principal necessidade era a de levar aos municípios brasileiros não mais apenas o básico em termos de saúde pública, mas serviços de complexidade um pouco maior, como consultas especializadas e exames de auxílio ao diagnóstico. Já em um segundo momento, o desafio da descentralização da saúde pública brasileira passou a ser o de continuar a oferecer tais serviços de maior complexidade aos municípios, porém em quantidade muito maior, suficiente para que fossem eliminados os longos períodos de espera pelos procedimentos em questão. Ao primeiro momento corresponde o período de adesão das prefeituras ao SUS, de meados da década de 1990 até os primeiros anos do novo milênio³⁷, enquanto que o segundo já pôde ser percebido claramente no ano de 2006, constituindo-se, então, no desafio que se coloca atualmente aos atores envolvidos nesse processo.

O primeiro “momento” aqui descrito colocava desafios que moldaram as primeiras experiências de consorciamento na área de saúde em Minas Gerais e, em geral, em boa parte do

³⁶ É unânime, na bibliografia a respeito dos CIS consultada para o presente trabalho, postura altamente favorável a essas iniciativas, marcada pelo destaque dado às importantes realizações obtidas pela cooperação intermunicipal. É indubitável que os CIS facilitaram o acesso à saúde para milhões de brasileiros, mas acreditamos também que uma postura crítica deve ser preservada da “onda otimista” que predomina na discussão sobre os consórcios de saúde, principalmente para que não seja descartada a idéia de que “resultados melhores devem continuamente ser perseguidos”.

³⁷ Tal periodização foi estabelecida a partir das entrevistas realizadas por este autor para o presente trabalho, nos meses de outubro a dezembro de 2004, e abril e maio de 2006. A primeira safra de entrevistas retratou a situação vigente após o equacionamento do desafio “qualitativo” – oferecer serviços de saúde especializados nos municípios, ou seja, diversificar a gama de serviços à disposição da população – da descentralização das políticas de saúde, sucesso devido principalmente ao funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde. Já as entrevistas realizadas em 2006 foram marcadas pelo descontentamento dos atores a respeito dos efeitos do desafio “quantitativo” – aumentar a quantidade dos serviços especializados que é colocada à disposição da população desde o “primeiro momento” do desenvolvimento dos CIS mineiros –, frente os quais tanto o SUS como os consórcios intermunicipais de saúde se mostravam ineficazes. O período de ano e meio entre as duas etapas do trabalho de campo representou, assim, a transição entre os dois momentos distintos do processo de descentralização da saúde pública em Minas Gerais.

Evidentemente, acreditamos que outras regiões do Brasil enfrentem tais problemas em outras épocas, de outras formas e quiçá se vejam confrontadas com outras formas de desafios. De qualquer maneira, deve servir o caso de Minas Gerais – por muitos descrito como “síntese do Brasil”, graças às suas desigualdades regionais – como padrão de referência sobre o qual analistas de outras regiões possam partir, executando adaptações onde necessário.

país. Na época, buscava-se concentrar recursos de toda uma região em cidades específicas, centralizando também a demanda nesses locais. O objetivo era o de criar uma escala significativa de fornecimento de serviços, para abaixar os custos unitários de operação dos equipamentos e profissionais envolvidos. A partir da criação de escalas de produção maiores, passaram a ser viáveis consultas e exames outrora inexistentes na região, a partir de contribuições relativamente pequenas das prefeituras envolvidas. A necessidade de deslocamentos para os grandes centros urbanos diminuiu consideravelmente, e com isso pode-se dizer que os consórcios intermunicipais de saúde mineiros atingiram, via de regra³⁸, seus objetivos até então estipulados: oferecer serviços de saúde até então inexistentes em suas regiões, a baixo custo e fazendo com que as pessoas atendidas precisassem se deslocar através das menores distâncias possíveis.

O “segundo momento” da descentralização da saúde pública no Brasil, dessa maneira, começou a propor novos desafios aos consórcios intermunicipais de saúde a partir do momento em que as conquistas já efetivadas perderam o caráter de “novidade”. Não bastava mais que “parte” da população fosse atendida no próprio município – enquanto o restante ainda era encaminhado a outras cidades, ou entrava em listas de espera. Passou a ser demandado que todos fossem atendidos na própria região, e com rapidez. Acreditamos que a entrada em vigor da NOAS/01 – fortemente concentrada na regionalização da estrutura de saúde, na integração entre municípios e, principalmente, no fortalecimento dos Governos Estaduais para o desempenho dessas funções –, a partir de 2002, foi a grande responsável pela passagem do “primeiro momento” para o “segundo momento” de desafios colocados frente à cooperação intermunicipal em saúde, pelo menos em Minas Gerais.

Dessa forma, a cooperação intermunicipal na área de saúde em Minas Gerais deve se reestruturar, para perseguir objetivos que mudaram bastante. As “vantagens” oferecidas pelo modelo de consorciamento atual são hoje percebidas como dados, e se não evoluírem em direção ao atendimento das novas demandas populares e políticas, em breve podem não mais servir de justificativa para o esforço de cooperação. No capítulo seguinte, será visto o desenvolvimento do setor dos CIS, que levou à situação atual que expusemos brevemente no presente item.

38 Tomamos por base, evidentemente, os dois casos estudados aqui com profundidade, além de um caso adicional, que participou apenas das pesquisas de 2004. Além disso, serve como argumento nesse sentido a longevidade do conjunto total de consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais, que provavelmente não teria se concretizado se não tivesse preenchido de forma satisfatória seus objetivos iniciais, já que enfrentou postura hostil por parte da Secretaria Estadual de Saúde entre 1999 e 2002.

Retomaremos a análise da conjuntura atual – assim como esboçaremos algumas tendências que se delineiam para o futuro – na seção final do presente trabalho.

2. OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Os consórcios intermunicipais de saúde não se encontram, no universo da cooperação intermunicipal, no grupo das iniciativas mais pioneiras. No Brasil, por exemplo, os CIS começaram a surgir apenas duas décadas após a formação dos primeiros consórcios intermunicipais, dedicados a outras atividades. Convém, assim, proceder a uma pequena introdução acerca da cooperação intermunicipal, uma vez que os CIS são profundamente influenciados pelo desenvolvimento institucional que lhes precedeu.

Se levarmos em conta que a fragmentação do poder em vários municípios e o perfil de reduzida população desses são dois aspectos altamente propícios à estruturação de iniciativas de cooperação intermunicipal, então a Espanha³⁹ se torna um dos cenários mais propícios para a exposição dos primórdios das associações intermunicipais. Com área territorial pouco menor que a do Estado de Minas Gerais, a Espanha⁴⁰ conta com 8.097 municípios⁴¹ (DIEZ e FONT, 2000), número bastante elevado se comparado aos 5.561 municípios brasileiros, e principalmente em contraposição aos 853 mineiros (LIMA e PASTRANA, 2000).

Há registros fragmentários de associações municipais espanholas sendo formadas durante etapas intermediárias da Idade Média, mas a mais antiga sobre a qual se tem extensa documentação foi fundada em 1409, no País Basco, e se encontra em atividade até hoje: composta por 13 cidades, está encarregada da gestão de recursos florestais (DIEZ e FONT, 2000). A primeira proposta de regulamentação das associações intermunicipais⁴² veio em 1860, sendo que em 1912 já havia legislação vigente sobre o assunto.

³⁹ A Espanha não é propriamente uma federação, mas sim um “Estado Regional”. Trata-se de Estado cuja Constituição define o nível de autonomia que será conferido às distintas regiões do país, que no caso espanhol é significativo. A principal diferença em relação às federações reside no fato de que as regiões espanholas, diferentemente dos estados-membro federais, não são dotadas de poder constituinte, o que as impede de elaborar seus ordenamentos político-jurídicos maiores (constituições). O poder nos estados regionais, assim, emana do Governo Central, e não das partes federadas, como ocorre nas federações (RAMOS, 1998). O acentuado grau de autonomia desfrutado pelas regiões da Espanha faz com que freqüentemente esse país seja tomado por federação, o que também leva muitos autores – acertadamente – a incluírem a Espanha em estudos comparados com federações.

⁴⁰ Superfícies territoriais: Espanha 504.748 km², Minas Gerais 586.624 km², Brasil 8.511.996 km² (KOOGAN/HOUAISS, 1995).

⁴¹ Desse total, 84,8% possuem população inferior a 5 mil habitantes (DIEZ e FONT, 2000).

⁴² Na Espanha, o termo “associações intermunicipais” engloba duas figuras jurídicas distintas: o consórcio e a mancomunidade. A principal diferença entre as duas reside no fato de o consórcio permitir a associação entre entes federados de diversos níveis, enquanto a mancomunidade, via de regra, é restrita aos municípios (DIEZ e

Como resultado de tal combinação de tradição, fragmentação política e pequeno porte populacional das cidades, a Espanha conta hoje com 1.310 associações intermunicipais, dedicadas à prestação de praticamente todos os serviços públicos, desde a administração do corpo de bombeiros até a gestão de serviços de água e esgoto, passando pela promoção da língua e cultura bascas (DIEZ e FONT, 2000).

Nessa mesma linha, vale a pena destacar também o caso alemão, onde a cooperação intermunicipal atingiu alto grau de institucionalização. As associações de municípios – *kreise*⁴³ – são consideradas instâncias intermediárias dentro da federação alemã, contando com parlamento próprio eleito, Poder Executivo também eleito e Constituição, além de assumirem diversas funções anteriormente próprias das administrações municipais (CARNEIRO, 2001). Em comum com o caso espanhol, temos que a Alemanha, com território correspondente a 60% do de Minas Gerais⁴⁴, está dividida em 14.561 municípios, dos quais 81,2% têm menos de 5 mil habitantes, e 14,2% têm entre 5 mil e 20 mil habitantes (CARNEIRO, 2001).

A realidade brasileira, no que tange aos consórcios, é tímida se comparada com os exemplos europeus citados acima. Do ponto de vista jurídico, por exemplo, nossa trajetória se inicia com menções superficiais ao associativismo municipal na Constituição do Estado de São Paulo de 1891, prossegue da mesma forma na Constituição Federal de 1937 (CRUZ, 2001), torna-se um pouco menos vaga na Constituição Federal de 1988, é abordada de forma indireta nas Leis Orgânicas da Saúde de 1990⁴⁵ para, enfim, ser objeto de lei federal específica no ano de 2005⁴⁶.

Fora do contexto jurídico, a história do associativismo intermunicipal no Brasil começa em 1960, quando é formado o “Consórcio Intermunicipal de Promoção Social do Governo de Rio Claro”, ainda hoje existente e sediado na cidade de Bauru, no interior paulista (ABRUCIO e SOARES, 2001, CRUZ, 2001). Também no princípio da década de 1960, registram-se ocorrências de ações cooperativas de âmbito limitado, nos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina (CARVALHO, 1997-98, ABRUCIO e SOARES, 2001). Após esse momento inicial, marcado pela espontaneidade do movimento associativista, as relações de cooperação entre

FONT, 2000). O consórcio brasileiro apresenta características de ambas, o que permite a comparação entre as duas realidades.

⁴³ Algo como “círculos”, segundo Carneiro (2001).

⁴⁴ Superfície territorial da Alemanha: 357.000 km² (KOOGAN/HOUAISS, 1995).

⁴⁵ Leis de número 8.080/90 e 8.142/90.

⁴⁶ Lei Federal 11.107/05.

prefeituras ganham novas características. A indução por parte das outras esferas da federação passa a ser a tônica, tanto durante o regime autoritário (especialmente na década de 1970), quanto durante a transição democrática (década de 1980) e além, ao longo da década de 1990 (CARVALHO, 1997-98). Nesse contexto, as associações intermunicipais, em geral, assim como os consórcios intermunicipais de saúde, em especial, têm praticamente todas as suas origens em políticas estaduais de descentralização administrativa que, por motivos diversos, acabaram encontrando nos governos locais os parceiros ideais para o prosseguimento de suas atividades. Nesse contexto, destaca-se a formação de Associações Microrregionais, feita pelo Governo do Estado de Minas Gerais entre 1974 e 1987 (CARVALHO, 1997-98). O Programa de Desenvolvimento Microrregional (Prodemi), que tinha por objetivo fomentar a criação de associações de municípios que fizessem parte das mesmas microrregiões administrativas de Minas Gerais, foi uma das primeiras iniciativas a serem baseadas no então implantado sistema de divisão do estado em 37 microrregiões de planejamento implantado em 1972 (BATELLA e DINIZ, 2005). Essa radical transformação do aparato administrativo estadual, levada a cabo no início da década de 1970, se vincula às mudanças ocorridas na mesma direção na esfera federal de administração e que demonstram claro interesse do Governo Federal em estabelecer instâncias intermediárias de poder na federação, que o conectassem diretamente com as administrações municipais. Assim, o Governo Federal buscava maior efetividade na realização de suas políticas junto aos municípios, como forma de reforçar sua influência junto às prefeituras e ocupar, gradativamente, um “espaço” no qual sempre prevaleceram as administrações estaduais (CARVALHO, 1997-98).

O Prodemi logrou estabelecer Associações Microrregionais em todas as 37 microrregiões administrativas de Minas Gerais⁴⁷, mas, como não preencheu os requisitos qualitativos envolvidos em sua proposta original – das três linhas de atuação previstas para as novas Associações Microrregionais, apenas uma se concretizou⁴⁸ –, então também não foi capaz de garantir o aumento da influência que seus mentores estaduais objetivavam. Assim, foi através das

⁴⁷ Hoje existem em Minas Gerais 40 Associações Microrregionais em funcionamento. Esse crescimento se deve ao aumento do número de microrregiões de planejamento que dividem o território mineiro (ALEMG, 2006).

⁴⁸ O Prodemi era composto de três programas, que buscavam treinar o funcionalismo das administrações municipais, instalar escritórios de engenharia que servissem às prefeituras (funcionariam no âmbito das Associações Microrregionais) e, por fim, criar “patrulhas motomecanizadas” (grupos de máquinas pesadas, sobretudo para a realização de obras públicas) que atendessem às prefeituras que fizessem parte das Associações Microrregionais. Apenas o último programa citado se concretizou, que será visto em detalhe ainda no presente capítulo (CARVALHO, 1997-98).

Associações Microrregionais (que serão vistas com mais atenção adiante, ainda no presente capítulo), uma experiência induzida pelas esferas estadual e – indiretamente – central da Federação, planejada durante o regime de exceção, que o associativismo intermunicipal fez sua estréia em Minas Gerais.

Em essência, o caso dos estados de São Paulo, Paraná e Rio de Janeiro não diferem muito dessa experiência inaugural mineira em associativismo. Em São Paulo, a política de descentralização administrativa, que começou a ser colocada em prática pelo governo estadual em 1984, atingiu a área da saúde através das Ações Integradas de Saúde (AIS), que transferiram responsabilidades aos municípios. Como forma de lidar com as novas funções, e se aproveitando do impulso associacionista fornecido pela administração estadual (criação de Escritórios Regionais de Governo – ERGs – e de Escritórios Regionais de Planejamento – ERPs), os municípios do interior paulista deram início ao processo de formação de consórcios intermunicipais, no qual se destaca o da região de Penápolis, pioneiro no país na área da saúde (CRUZ, JUNQUEIRA e MENDES, 1999; ABRUCIO e SOARES, 2001; CRUZ 2001). Foram criados seis consórcios intermunicipais de saúde (CIS) no Estado de São Paulo nos anos 1980, um número bastante significativo se comparado aos quatro que foram articulados durante a década de 1990, período extremamente fértil nesse tipo de iniciativa no resto do Brasil (CRUZ, JUNQUEIRA e MENDES, 1999; ABRUCIO e SOARES, 2001; CRUZ, 2001). Como confirmação de sua origem, cada CIS paulista engloba apenas municípios que fazem parte de uma mesma microrregião administrativa do estado.

No Paraná, excetuando um caso isolado de cooperação intermunicipal na área de meio ambiente⁴⁹, o associativismo municipal também se originou – um tanto indiretamente, é certo – de estratégia do governo estadual. Ao longo da década de 1980, o Governo do Estado do Paraná articulou uma rede estadual de serviços de saúde, estruturada em torno de cidades-pólo no interior do estado. Tal iniciativa, apesar de cumprir os objetivos de interiorização do atendimento à saúde, já se encontrava falida na transição da década de 1980 para a de 1990 devido à insuficiência dos recursos repassados pela administração estadual (BERTONE, 1996; KEINERT e ROSA, 2001). A organização de consórcios intermunicipais de saúde apareceu como solução para a manutenção desses centros regionais de saúde em princípios da década de 1990: três foram criados em 1994, a partir de propostas dos municípios ao governo estadual, inaugurando modelo

49 COPATI, consórcio que abrange os municípios da área do rio Tibagi, fundado em 1984 (BERTONE, 1996).

que seria estimulado pela administração do estado e levaria à formação de treze outros CIS, pouco depois, em um curto espaço de tempo. Porém, apesar da solução municipalista ter prevalecido como forma de financiamento das associações criadas, a Secretaria Estadual de Saúde conservou seu poder de decisão, tanto em assuntos financeiros quanto políticos (BERTONE, 1996; KEINERT e ROSA, 2001), mantendo, assim, a influência da indução inicial feita pelo governo do estado. Conseqüência disso é o fato de que os CIS paranaenses, assim como os paulistas, englobam apenas municípios que já compõem as mesmas microrregiões administrativas do estado.

Apesar de ter sido o responsável direto pela criação do primeiro consórcio intermunicipal de saúde do estado, em 1988, o Governo do Estado do Rio de Janeiro não desempenhou papel político importante na criação dos cinco outros CIS fluminenses, entre fins da década de 1990 e início da de 2000 (SCHNEIDER, 2001). Entretanto, por se tratarem de iniciativas altamente dependentes do apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SCHNEIDER, 2001) – principalmente no momento de criação dessas associações – o caráter municipalista desse associativismo fluminense ficou bastante comprometido. Como nos casos paulista e paranaense, os consórcios intermunicipais de saúde fluminenses também acompanham o padrão de divisão administrativa do estado em microrregiões, definido pelo governo estadual.

2.1 Os consórcios intermunicipais de saúde e a desfragmentação na provisão de saúde no Brasil

Após a breve exposição feita acima, acerca do desenvolvimento da cooperação intermunicipal no Brasil, trataremos agora da principal forma de associação intermunicipal existente no Brasil, o consórcio intermunicipal de saúde.

Antes de mais, deve ser dito que há diferentes modelos de CIS em operação hoje no Brasil, prestando serviços ainda mais diversos. A diversidade entre as políticas estaduais de saúde pode justificar parte desse fenômeno – uma vez que já pudemos ter aqui uma amostra do peso das administrações estaduais nessa matéria –, mas não sua totalidade. Dentro de um mesmo estado, podem conviver diversos tipos de CIS, que diferem entre si, basicamente, em relação ao grau de proximidade que mantêm em suas relações com os governos estadual e federal, assim como em relação à forma escolhida para realizar seus fins. A primeira – e mais importante – categorização que pode ser feita é a que divide os CIS em dois grandes grupos: o dos que “prestam” diretamente serviços e o dos que “compram” serviços de saúde.

O primeiro modelo é clássico, sendo adotado pela maioria dos CIS brasileiros⁵⁰: nele, o consórcio possui instalações próprias e realiza serviços de saúde. Geralmente, trata-se de infraestrutura majoritariamente oriunda de administrações estaduais, gerida pelos municípios da região. A quantidade e qualidade dessa infraestrutura é essencial para a conformação final que irá assumir o consórcio: pode-se tratar de equipamentos para auxílio diagnóstico (exames médicos) ou até mesmo de hospitais completos, cada um incorrendo em uma série distinta de despesas e demandas específicas para que se concretize o funcionamento do CIS. É na dinâmica para se suprir tais demandas e despesas que vão se moldando as características de cada consórcio. Por exemplo, um consórcio que nasce com a função de administrar de um hospital estadual, tem imediatamente que arcar com custos de mão-de-obra e de materiais que não são totalmente cobertos pelos repasses que o sistema SUS faz em troca dos serviços realizados. Complementações de recursos por parte dos municípios e cessões de mão-de-obra, material e

⁵⁰ Apesar de não haver números globais a esse respeito, sabe-se, por exemplo, que todos os CIS paulistas, fluminenses, paranaenses, mato-grossenses e catarinenses, além de alguns mineiros, adotam essa fórmula de atuação (BERTONE, 1996; MÜLLER, 1997; SCHÖELLER, 1997; CRUZ, JUNQUEIRA e MENDES, 1999; CRUZ, 2001; LIMA e PASTRANA, 2000a; SCHNEIDER, 2001; KEINERT e ROSA, 2004).

recursos de investimento por parte do governo estadual geralmente completam o quadro que permite a manutenção do CIS. Estabelece-se, aí, uma relação que envolve as três esferas da federação, e que não raramente é de difícil funcionamento, pois depende em boa medida que seja atingida uma complexa coordenação interfederativa.

Há nuances diversas dentro da categoria de consórcios “prestadores” de serviços, que permitem que a teia de relações federativas em questão se simplifique bastante. Por exemplo, quando o CIS tem pequena estrutura – instalações e equipamentos, por exemplo – recebida do governo estadual (ou federal), cujo financiamento não envolve grandes despesas ou despesas fixas significativas. É o caso dos aparelhos para a realização de exames que, em Minas Gerais, caracterizaram o apoio estadual à criação de muitos consórcios, e cuja operação tem se dado de diversas formas: cessão a instituições de caráter filantrópico, que rateiam os custos de operação com a administração do CIS (LIMA e PASTRANA, 2000a); operação com pessoal contratado por prefeituras específicas, que assim adquirem o direito de uso do aparelho por uma parcela maior de tempo do que a destinada aos outros membros do CIS; operação de total responsabilidade do CIS, que divide igualmente entre seus municípios-membro a quantidade de exames a serem realizados, ou proporcionalmente à população de cada cidade, ou ainda de acordo com as contribuições financeiras repassadas por cada cidade ao consórcio. Como se pode ver, a flexibilidade do modelo de CIS “prestador” de serviços é significativa, porém não tão grande quanto a que marca o modelo de consórcio que será exposto a seguir.

O segundo modelo de consórcio intermunicipal de saúde é o “comprador de serviços”. Estrutura-se em torno do sistema privado de saúde da região em que se localiza, comprando os serviços dos quais necessita a preços abaixo dos de mercado, uma vez que a grande demanda do CIS permite-lhe negociar em condições especiais. Necessita de estrutura própria bastante reduzida e barata, o que os torna livres da dependência em relação aos governos estadual e federal, que tanto complexifica o funcionamento dos CIS “prestadores” de serviços⁵¹. Por outro

51 Em entrevista realizada para esta pesquisa em dezembro de 2004, o Secretário Executivo do CIS Entre Estados (Leste de Minas Gerais) declara que o percentual dos recursos recebidos pela associação que ele administra que são comprometidos pela manutenção da estrutura do CIS é da ordem de 11%. Trata-se de um consórcio “comprador” de serviços. Em contraposição, o mesmo entrevistado afirma que esse percentual chega a 54% em outro consórcio da região, o CIS EVMJ (Entre Vales do Mucuri e Jequitinhonha), que atua através da “prestação” direta de serviços. Deve-se tomar tais números, entretanto, com certa cautela, uma vez que a cidade de Nanuque (Minas Gerais), sede do CIS Entre Estados, havia integrado os dois consórcios até pouco tempo antes da realização da entrevista em questão, de maneira que poderia haver certo interesse do entrevistado em justificar a opção feita pela prefeitura de Nanuque em favor da associação por ele administrada. Como os números em questão diferem bastante, podem ser aceitos como indicadores de ordem de grandeza.

lado, os CIS “compradores” de serviços estão limitados em suas ações pelas características básicas do sistema de saúde privado da região e, também, em função da forma como arrecadam e distribuem recursos, estão restritos ao provimento apenas de alguns tipos específicos de serviços (principalmente exames e consultas com médicos especialistas). Uma vez que os consórcios “compradores” de serviços geralmente determinam a quantidade de serviços à qual tem direito cada município tendo como base o valor da contribuição de cada um de seus membros, praticamente fica inviabilizada a compra de serviços de alto valor, ou de prestação continuada no tempo, pois os membros do CIS não têm interesse em comprometer parte significativa de sua quota mensal de serviços com poucos pacientes. Via de regra, o interesse dos municípios consorciados é o de comprar grande quantidade de serviços de baixo custo (como consultas e exames simples, por exemplo), para assim viabilizar o atendimento de um grande número de pessoas. O tipo de serviço, enfim, que os CIS “compradores” de serviços oferecem coloca essas associações em posição quase que necessariamente “complementar” em relação à estrutura de saúde pública estabelecida: eles diminuem o tempo de espera da população por exames e consultas que, se requeridos junto ao SUS, exigiriam quase certamente deslocamentos a cidades distantes e longos períodos de espera. Os CIS “compradores” de serviços são, assim, essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população por eles atendida, mas não são indispensáveis, pois não se constituem como fornecedores únicos de serviços de saúde em suas regiões (completam o SUS, mas não fazem parte de sua estrutura).

Evidentemente, os dois grandes modelos aqui esboçados não são estanques, de forma que não é incomum que consórcios “prestadores” de serviços realizem eventuais “compras” de serviços específicos, ou que consórcios majoritariamente “compradores” de serviços estabeleçam parcerias duradouras com órgãos do sistema público de saúde. Verificam-se até mesmo casos de consórcios “mistos”, cujas cidades-membro possuem autonomia suficiente para dar feição própria à sua “parte” da associação regional⁵².

A forma como um consórcio interage com o sistema de saúde pública brasileiro também traz conseqüências tão importantes quanto as advindas do modelo de funcionamento do CIS. Trata-se de um segundo “eixo”, em relação ao qual os consórcios podem ser analisados, que nos permite estabelecer uma certa medida de dependência/independência dos CIS em relação às

⁵² Um caso é o já citado CIS Entre Estados, que reúne municípios da região fronteira dos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Bahia, visitado por este autor no mês de dezembro de 2004.

esferas estadual e federal. Assim, à medida que o CIS assume, na prestação de serviços de saúde, a posição de único ator público em determinada região, ele incorpora a função do SUS, trazendo para si boa parte dos problemas que afligem o sistema de saúde pública federal, que se somam aos já característicos das relações intergovernamentais (além das questões referentes à coordenação intermunicipal em si, passam a fazer parte da agenda aspectos como a insuficiência dos recursos que são repassados pelo SUS à sua rede de prestadores de serviços, e vários outros problemas correlatos, de âmbito nacional). É evidente que, à medida que se aumenta o comprometimento de um CIS em relação ao sistema público de saúde brasileiro, maior a influência de variáveis políticas no funcionamento do CIS. Isso ocorre pelo simples fato de que, se mais atores federativos estão envolvidos no funcionamento e na gestão dos CIS, maiores são as possibilidades de combinação – nem sempre favoráveis ao bom funcionamento do consórcio – entre chefes de Executivo de diferentes orientações político-partidárias, que não necessariamente irão cooperar em suas relações no âmbito do CIS.

A relação entre os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde merece uma certa atenção a partir de agora, pois remonta à discussão sobre as relações interfederativas brasileiras de forma bastante clara. É fato que governos estaduais desempenharam papel importante na formação de consórcios em vários estados – São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná já foram vistos no presente trabalho –, e isso nos leva a relativizar o caráter “espontâneo” do associacionismo que verificamos em muitas ocasiões. Ocorre que a influência do governo estadual não deve ser considerada apenas no momento em que esse anima a formação de consórcios intermunicipais de saúde, mas sim continuamente, uma vez que as características da indução estadual ao cooperativismo podem marcar profundamente uma associação intermunicipal. No caso dos consórcios, por exemplo, quando uma secretaria estadual de saúde incentiva a criação de uma associação de municípios, para que essa assuma o controle de uma estrutura já instalada de saúde pública, está vinculando já a nascente instituição ao todo da saúde pública brasileira de forma estrutural. Como ocorrido principalmente no Paraná (BERTONE, 1996; KEINERT e ROSA, 2001; CARDONI JR, COSTA e NICOLETTO, 2005) e no Rio de Janeiro (SCHNEIDER, 2001; SCHNEIDER, 2005), os CIS se formaram em torno da administração de hospitais que – bem ou mal – realizavam serviços de saúde e eram remunerados pelo Poder Público (estadual ou federal) por isso. A estruturação do SUS deu bases mais sólidas a essa relação entre hospitais que participam da rede pública e o Governo Federal, criando tabelas

fixas de remuneração por procedimentos realizados. Assim, ficou bastante explícita a posição de vários CIS brasileiros: administradores de instituições prestadoras de serviços de saúde pública que, por sua vez, são custeadas pela remuneração decorrente dos serviços que prestam no âmbito do SUS. Nesse caso, o papel designado pelo governo estadual a esses CIS, quando de sua formação, relegou-os à função de simples gerentes de instituições conveniadas à rede pública; às prefeituras restou – quando muito – a posição de financiar “complementos” aos valores pagos pelo SUS pelos procedimentos efetuados (CARDONI JR, COSTA e NICOLETTO, 2005), amenizando os efeitos da escassez de recursos que caracteriza a crise vivida pela saúde pública nacional.

O quadro exposto acima nos permite fazer algumas conjecturas a respeito do papel desempenhado pelos municípios dentro da “esfera cooperativa intermunicipal”, assim como no contexto da federação brasileira. Podemos definir os “níveis” de poder dos municípios identificando o ator mais importante em dois momentos específicos da história da associação intermunicipal: a criação e o funcionamento cotidiano dessa. A criação dos CIS pode ser marcada pela “espontaneidade” do associativismo entre os municípios, ou pela indução executada pelo governo estadual com o objetivo de levá-los à ação; no primeiro caso, evidentemente, os municípios estabelecem as regras iniciais da cooperação, enquanto que, no segundo, são obrigados a seguir de acordo com aquelas que a administração estadual – em grande medida – impõe. A “ausência de espontaneidade” dos municípios no momento de formação dos CIS, entretanto, nem sempre é fatal para a liberdade de ação que esses municípios terão dentro da instância cooperativa, pois nem sempre as regras de funcionamento dessa – oriundas do governo estadual – restringem muito a ação dos governos locais. Assim, o funcionamento de um consórcio pode ser propício ao exercício do poder e articulação por parte dos prefeitos mesmo não tendo sido esta instância resultado de ação premeditada e espontânea desses. Tomando por exemplo os CIS do Rio de Janeiro e do Paraná, apesar da iniciativa primordial de criação dos CIS não ter partido sempre dos governos estaduais, as regras de funcionamento cotidiano dessas instâncias cooperativas – por inserir os CIS profundamente na estrutura do SUS, colocando-os como prestadores de serviços conveniados – deixaram pouco espaço para a articulação política dos prefeitos, de forma que as SES se colocam como os atores mais poderosos.

Obviamente, não se pode generalizar nem em relação à forma de funcionamento dos CIS fluminenses⁵³ e paranaenses, nem no que tange ao relacionamento entre CIS e SUS. Por isso, nosso objetivo aqui é o de traçar os limites de um *continuum* que tem, em um dos extremos, o consórcio como mero administrador de estrutura de saúde vinculada ao SUS (e os prefeitos apenas como financiadores parciais dessa estrutura) e, em outro extremo, o CIS totalmente livre para escolher os serviços que vai oferecer à população de cada município, assim como a forma, a duração e a periodicidade que essa oferta terá (com os prefeitos gozando de considerável grau de liberdade de ação).

Posto isso, não há como evitar uma certa discussão de cunho valorativo: qual seria a melhor opção para a população a ser atendida: um CIS integrado – e submetido – ao SUS, ou um CIS comandado pelos prefeitos das cidades que o compõem? Anamaria Schneider (2005) acredita que a integração dos CIS ao SUS não apenas é mais vantajosa do ponto de vista técnico – os CIS ajudariam os pequenos municípios a se adaptarem melhor ao SUS – como é essencial para evitar que se “constitua uma quarta esfera federativa” no panorama da saúde pública brasileira. Pois bem, acreditamos ser lógico tal ponto de vista, porém não útil na busca de soluções estruturais para a saúde pública nos pequenos municípios brasileiros. A integração dos CIS ao SUS significa em grande medida a manutenção do *status quo* vigente na região em que se cria o consórcio: a troca de “administrador” ou “financiador” da estrutura de saúde já existente pode fazer com que essa ganhe em eficiência, porém não a amplia automaticamente (o ponto fraco dos consórcios, aliás, é justamente o investimento estrutural, que requer grandes somas de recursos); tem-se, na melhor das hipóteses, “mais do mesmo” que já se tinha. Por outro lado, um CIS independente da estrutura do SUS teria condições de estabelecer sua ação justamente nos pontos em que a estrutura de saúde já existente se apresentasse mais falha, assim como poderia também alterar os serviços oferecidos, à medida em que o SUS conseguisse sanar suas falhas. Acreditamos, assim, que o papel “complementar” – enfim, “externo” de qualquer maneira – que o CIS pode exercer em relação ao SUS é crucial para seu sucesso, não apenas no plano da sobrevivência institucional, mas principalmente no sentido de se fornecer aquilo do que a população mais precisa. A flexibilidade do CIS em preencher falhas do SUS deve ser vista como

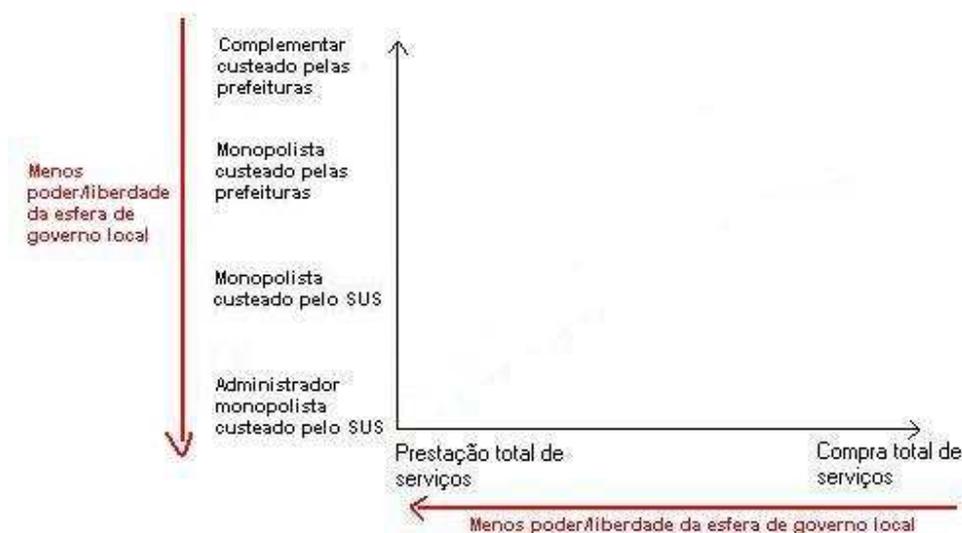
53Anamaria Schneider (2005), por exemplo, traça o perfil de um CIS fluminense (CIS MEPA) que foge bastante desse perfil. Apesar de operar principalmente a partir de recursos originários da SES/RJ, o CIS da Região do Médio Paraíba não presta diretamente quaisquer serviços de saúde, atuando primordialmente em projetos estruturantes, planejamento microrregional e no apoio às pequenas prefeituras no processo de credenciamento ao SUS.

uma qualidade dinâmica, que permite que os consórcios mudem seu campo de atuação na medida em que o SUS corrige seus erros: no limite, não haveria mais CIS, pois o Sistema Único de Saúde teria cumprido todos os seus objetivos a contento.

Há que se levar em conta também, pelo que foi discutido no parágrafo acima, um certo elemento de “desresponsabilização” (por parte dos estados) presente nas políticas que induziam à criação de CIS “administradores” da estrutura de saúde já existente. Os municípios, que já tinham parte de seus orçamentos comprometidos com gastos de saúde desde a Constituição de 1988, passaram a ter que participar com ainda mais recursos do custeio da saúde pública: uma vez que os CIS são financiados por recursos do orçamento municipal “desvinculado” de obrigações constitucionais de gastos, as prefeituras acabam obrigadas a arcar com despesas que antes eram da alçada – sobretudo – das administrações estaduais. Isso ocorreu principalmente nos casos fluminense (SCHNEIDER, 2001; SCHNEIDER, 2005) e paranaense (BERTONE, 1996; KEINERT e ROSA, 2001; CARDONI JR, COSTA e NICOLETTO, 2005): com a criação dos CIS que “assumiam o controle” de hospitais estaduais, os governos desses estados passaram a “ter participação” no financiamento de unidades de saúde que costumavam ser de sua completa responsabilidade. Além disso, graças à desigualdade prévia de poder entre os atores, a esfera estadual continuou a ser a detentora maior de poder de decisão no interior da instância intermunicipal cooperativa criada.

Tendo em vista o exposto acima, organizamos a seguinte figura, no qual se visualizam os fatores responsáveis pela variação no grau de poder e de liberdade desfrutado pelos municípios no interior de um consórcio intermunicipal de saúde.

Figura 2.1: Forma de atuação e autonomia dos CIS



Fonte: Elaboração própria.

No eixo horizontal, temos as variáveis referentes à forma de funcionamento do CIS, se através da “prestação direta” de serviços ou pela compra desses junto à iniciativa privada. À medida em que se desloca, ao longo dessa linha, em direção à sua origem, mais os municípios têm sua liberdade de ação limitada pela complexa estrutura física do consórcio, pelos outros municípios membros e pela maior possibilidade de envolvimento do CIS com o Sistema Único de Saúde. Os CIS de perfil “comprador” de serviços têm, antes de tudo, poucos fatores ao redor dos quais se podem gerar discórdias: não há patrimônio comum a ser gerenciado (se o há, é de pouca monta, e não essencial para o funcionamento do CIS), não há restrições significativas à entrada ou saída de membros (como não há patrimônio significativo, não há o que ser “levado” quando se deixa a associação, assim como não há a necessidade de se “trazer” novos equipamentos ou insumos quando um novo elemento se junta a uma associação já existente), o nível de contribuição e o de serviços recebidos por cada membro é de escolha de cada um, e afeta somente a cada membro em particular (cada município decide sua contribuição mensal, que se transforma no valor à sua disposição para a “compra” de serviços através do CIS). Assim, são contornadas as

questões mais desgastantes que envolvem o funcionamento dos consórcios “prestadores” de serviços, quais sejam: definição do valor da contribuição de cada município (se por proporção ao tamanho populacional, à demanda de cada cidade, ou outros critérios); o destino do patrimônio comum no caso de fim da associação ou de saída de algum membro; a localização da estrutura de “prestação” de serviços (se a distribuição dessa deve atender à proximidade dos maiores contingentes populacionais, ou se deve ser distribuída igualmente entre o território do CIS); o tratamento a ser dispensado aos municípios em débito com o consórcio, dentre várias outras questões que são indissociáveis do funcionamento desse modelo de associação intermunicipal.

Cada um dos problemas aqui relacionados aos consórcios “prestadores” de serviços deve ser resolvido através do compromisso, do entendimento entre as partes envolvidas. É a partir desse ponto que as variáveis políticas ganham peso determinante, pois, mesmo se se tratar apenas da cooperação entre prefeitos, será necessário atingir consenso entre vários chefes de Executivos locais, eleitos por diferentes coligações e partidos, e que sustentam, cada um, relações diversas com as outras esferas da federação, seus governantes e aparelhos burocráticos. As setas vermelhas horizontal e vertical na Figura 2.1, ao indicarem a diminuição no “poder/liberdade” de ação dos municípios no consórcio, indicam também maior infiltração de fatores políticos no funcionamento cotidiano do CIS, uma vez que esses são os principais responsáveis pelo constrangimento à ação dos prefeitos na esfera consorcial.

Questões políticas permeiam, assim, os consórcios “prestadores” de serviços das formas mais diversas possíveis, aumentando sua influência ainda mais se os serviços prestados fizerem parte da estrutura básica do SUS. É bastante clara, nesse ponto, a forma como os consórcios “compradores” de serviços estão menos expostos a essa sorte de influência, apesar de estarem distantes de poderem ser considerados como associações “politicamente neutras”. Dizendo de outra forma, os CIS “compradores” de serviços parecem vivenciar as conseqüências das variáveis políticas de forma mais indireta, com menor intensidade, uma vez que suas atividades cotidianas estão estruturalmente menos vulneráveis a tal tipo de influência.

O eixo vertical da Figura 2.1 mostra especificamente a relação entre o consórcio e o SUS, de forma que, quanto mais interdependentes forem essas duas esferas, mais o funcionamento do CIS será ditado pelos regulamentos e condições do SUS – e menos pelas necessidades e interesses da população e dos governos locais. Foram destacados quatro pontos ao longo do eixo vertical, com o objetivo de explicitar que, quanto mais se “sobe” ao longo dessa linha, mais

liberdade possuem os municípios para agir dentro do CIS. Na origem desta reta, temos o consórcio (“administrador monopolista custeado pelo SUS”) responsável pela administração de estrutura de saúde pré-existente, que se configura como única fornecedora – “monopolista” – de serviços de saúde da região, e que é custeada principalmente pela remuneração paga pelo SUS por serviços realizados (as prefeituras complementaríamos tais valores). É o caso dos CIS paranaenses, já citado no presente capítulo. No patamar logo acima, o CIS presta serviços ao SUS e recebe por esses, é o único fornecedor da região, porém não se encontra atrelado à administração de hospitais ou postos de saúde pública (categoria “monopolista custeado pelo SUS” na Figura 2.1)⁵⁴. Nesse caso, o consórcio realiza exames ou consultas, responsabilizando-se apenas pelos profissionais e equipamentos estritamente ligados aos serviços prestados, de forma que o conjunto de normas e regulamentos que restringem a ação do CIS é muito menor, o que deixa os prefeitos com mais espaço para ação. O ponto seguinte (“monopolista custeado pelas prefeituras”), tem consórcios que são os únicos provedores dos serviços de saúde em questão na região em que se encontram, porém são custeados unicamente com recursos oriundos das administrações municipais. Esses consórcios não estão – em grande medida – submetidos à influência do SUS, estando sob controle dos municípios que os administram⁵⁵. Por fim, temos os consórcios nos quais o custeio é feito pelas prefeituras associadas, e os serviços de saúde oferecidos também o são por outros atores da rede pública da região (categoria “complementar custeado pelas prefeituras”, na Figura 2.1). Pelo fato desses CIS serem de caráter “complementar” à rede pública, é ainda maior o grau de liberdade desfrutado pelos

⁵⁴ A condição de “fornecedor monopolista” de determinado serviço de saúde pode ser vista, alternativamente, como um fator que confere – ao invés de reduzir – poder ao CIS e a seus membros. Se se parte de um raciocínio economicista, certamente o “único fornecedor” concentra poder, e acreditamos que no caso dos CIS isso chegue a ocorrer em certa medida (sobretudo quando o consórcio estiver pouco sujeito às normas e recursos do SUS). Ocorre que, do ponto de vista político – principalmente na esfera de poder local – o monopólio do fornecimento de certo serviço de saúde significa a obrigação inescapável de permanecer realizando tal prestação até que outra instância federativa comece também a fazê-lo. Os custos políticos da interrupção do fornecimento desse serviço são muito altos em situação de monopólio, enquanto que os ganhos são cada vez menores, à medida em que a população se acostuma a tê-los. Assim, a flexibilidade do consórcio monopolista é muito restrita, pois seus recursos – sejam eles provenientes do SUS ou das prefeituras – são limitados, e estão comprometidos com a realização de uma única tarefa. Deve ser dito que a flexibilidade é um dos elementos mais valorizados no meio político municipal brasileiro, pois permite atender rapidamente a demandas pontuais da população, principalmente em momentos “politicamente sensíveis”.

⁵⁵ A relação com as Secretarias Estaduais de Saúde é bastante mais complexa, variando de estado para estado. Em Minas Gerais, por exemplo, a SES sempre interferiu muito pouco no funcionamento dos CIS, enquanto no Paraná (BERTONE, 1996; KEINERT e ROSA, 2001; CARDONI JR., COSTA e NICOLETTO, 2005) e no Rio de Janeiro (SCHNEIDER, 2001; SCHNEIDER, 2005) houve forte tendência dos governos estaduais participarem da gestão dos CIS, direcionando-os para a integração no SUS.

administradores municipais, pois esses podem alterar até mesmo os serviços que oferecem, de acordo com as características da demanda local.

Com o objetivo de dar contornos mais nítidos ao que foi exposto acima, passemos à exposição do setor dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil.

Iniciando pelos números do último relatório de abrangência nacional sobre o setor (do ano de 2000), podemos dizer que existiam no Brasil 141 consórcios intermunicipais de saúde, englobando 1618 municípios e uma população de 25.376.829 de pessoas em 13 estados (LIMA e PASTRANA, 2000b)⁵⁶. A grande maioria desses CIS foi criada entre os anos de 1995 e 1998, o que coincide com o período inicial de implantação do programa federal de descentralização da saúde pública (dentro do marco da NOB 01/96, que consolidou o grau atual de municipalização), mas que também corresponde ao período no qual o Governo do Estado de Minas Gerais implementou programa específico de apoio à formação de consórcios intermunicipais de saúde. A seguir, o Quadro 2.1 expõe a evolução do processo de criação de CIS no Brasil:

⁵⁶ Há informações esparsas sobre alterações nesses números referentes a alguns estados, mas a falta de novo levantamento de âmbito nacional faz com que seja mais prudente a referência ao relatório de LIMA e PASTRANA (2000b). Quando tratados em separado, os estados nos quais houve mudanças no número de CIS serão analisados a partir dos números mais atuais. Assim, ficam justificadas possíveis discrepâncias que podem ocorrer entre as tabelas e números apresentados neste trabalho.

No caso de Minas Gerais, por exemplo, o relatório de Lima e Pastrana (2000a) aponta para 70 CIS em atividade em 2000, enquanto que levantamento do Conselho dos Secretários Executivos de Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS, 2004) mostra a existência de 64 CIS em funcionamento no estado no ano de 2004. No presente trabalho, será utilizada preferencialmente a perspectiva do COSECS, quando se for tratar apenas do conjunto dos consórcios mineiros. A impossibilidade de se atualizar os dados nacionais fornecidos por Lima e Pastrana (2000b) faz com que, para a análise do conjunto dos CIS brasileiros, sejam adotados os números do levantamento realizado no ano de 2000 (Lima e Pastrana, 2000b).

Quadro 2.1: Consórcios Intermunicipais de Saúde criados no Brasil, por ano de fundação

Ano	CIS criados no Brasil
1986	2
1987	0
1988	1
1989	2
1990	0
1991	0
1992	0
1993	9
1994	6
1995	29
1996	21
1997	24
1998	21
1999	8
2000	3
TOTAL	126

Fonte: LIMA e PASTRANA, 2000b, p. 11.

De fato, graças ao incentivo fornecido pelo governo estadual, 70 dos 141 CIS brasileiros existentes no ano de 2000 se encontravam em Minas Gerais, posição de destaque não apenas por representar praticamente a metade dos consórcios intermunicipais de saúde do país, mas também porque o segundo estado em número de CIS contava com apenas 18 associações (justamente o Paraná, que também adotou política de incentivo, aqui já brevemente exposta – LIMA e PASTRANA, 2000b). O Quadro 2.2, abaixo, permite uma visualização mais ampla do fenômeno dos CIS no Brasil:

Quadro 2.2: Cobertura da rede de CIS brasileiros no ano de 2000

Estados	População total	Nº de municípios	Nº de CIS	Nº de municípios consorciados	Municípios consorciados (em %)	População coberta	População coberta (em %)
MG	16.673.097	853	70	748	87,69	11.477.979	68,84
PR	9.003.804	399	18	289	72,43	4.657.779	51,73
ES	2.802.707	77	10	69	89,61	1.385.360	49,42
SC	4.875.244	293	09	139	47,44	1.765.189	36,20
MT	2.235.832	126	08	57	45,23	742.239	33,19
PB	3.305.616	223	07	60	26,90	580.600	17,56
SP	34.120.886	645	07	74	11,47	1.225.125	3,59
RJ	13.406.308	91	04	46	50,54	1.657.131	12,36
RS	9.637.682	467	03	89	19,05	1.123.303	11,65
BA	12.541.675	415	02	15	3,61	254.955	2,03
RN	2.558.660	166	01	12	7,22	109.139	4,26
PA	5.510.849	143	01	08	5,59	245.088	4,44
GO	4.514.967	242	01	12	4,95	152.942	3,38
TOTAL	121.187.327	4.140	141	1.618	39,08	25.376.829	20,94

Fonte: Elaboração do autor a partir de LIMA e PASTRANA, 2000b, p. 9.

Se comparado com o número de municípios verificado na Espanha e Alemanha que aqui foram mostrados (respectivamente, 8.097 e 14.561 municípios), o total brasileiro de 5.561 municípios pode não parecer significativo⁵⁷. Mas essa impressão se desfaz quando percebemos que 73% dos municípios brasileiros têm população de menos de 20 mil habitantes⁵⁸ (BRASIL, 2003), percentual bastante alto e comparável ao dos dois países aqui usados como referência. Assim, temos também no Brasil a situação de uma grande quantidade de pequenas unidades políticas, concentrando considerável nível de poder e responsáveis pela execução de várias funções de Estado. Dessa forma, não deve causar estranheza o fato de que 82,2% dos municípios consorciados no Brasil tenham população de menos de 20 mil habitantes (LIMA e PASTRANA, 2000b), uma vez que a dificuldade em cumprir as novas funções delegadas às prefeituras tende a afligir mais gravemente as cidades de menor porte populacional (a pequena escala de atuação, que encarece custos unitários, é certamente um problema comum – RAMOS e SOUSA, 1999). Outro fato que corrobora tal argumentação é o de que nenhuma capital de estado brasileiro participa de CIS.

57 Nesse sentido, vale ilustrar o presente argumento com o tamanho médio territorial dos municípios nos três países citados: Alemanha 24,51 km², Espanha 62,35 km², Brasil 1.530,65 km² (KOOGAN/HOUAISS, 1995).

58 O patamar de 20 mil habitantes é o utilizado como limite máximo pelo Ministério do Desenvolvimento Social para definir um município como “pequeno”. Assim, cidades com população de 20 mil a 100 mil habitantes seriam consideradas “médias”, e aquelas acima de 100 mil habitantes, “grandes” (BRASIL, 2004).

Em relação à metodologia de classificação esboçada na Figura 2.1 – que se propõe a articular o *modus operandi* do CIS com a forma como ele se posiciona em relação à estrutura de saúde pública, com vistas à avaliação do grau de “poder/liberdade” dos municípios de um consórcio –, não há dados disponíveis que permitam avaliar com segurança a forma de atuação dos consórcios intermunicipais de saúde brasileiros. Podemos fazer, entretanto, algumas inferências a partir do cruzamento de algumas informações à disposição, que nos permitam ter uma dimensão aproximada da atual situação dos CIS brasileiros no que tange ao seu envolvimento com a estrutura de saúde do SUS.

Por exemplo, inicialmente sabe-se que 53% dos consórcios intermunicipais de saúde brasileiros recebem algum tipo de ajuda de suas respectivas secretarias estaduais de saúde (LIMA e PASTRANA, 2000b). Essa ajuda caracteriza, claramente, o grau de inserção dos CIS como um todo na estrutura do SUS, principalmente quando vemos que ela se consubstancia, em 24,3% dos consórcios brasileiros, na forma de cessão de mão-de-obra, em 18,6% dos casos como cessão de instalações físicas, em 37,1% das situações como cessão de equipamentos, e em 20% dos consórcios como repasse de recursos (LIMA e PASTRANA, 2000b). Contudo, talvez o mais forte indicativo do quanto os consórcios intermunicipais de saúde estão assumindo serviços que normalmente seriam prestados pela estrutura do SUS é a porcentagem de CIS que têm como fonte de receita o pagamento por serviços prestados à rede pública (37,4%), assim como transferências diretas de recursos feitas pelo Ministério da Saúde para a execução de programas específicos (13%)(LIMA e PASTRANA, 2000b). Assim, podemos ter uma dimensão do fenômeno que hoje marca muitos CIS, e torna a instância de cooperação intermunicipal apenas parte da rede de prestadores de serviços associados ao SUS. Isso traz para os consórcios intermunicipais de saúde boa parte dos problemas técnico-financeiros que marcam nosso sistema público de saúde, além de envolver na gestão dos CIS as várias complexidades das relações federativas e políticas.

Nesse sentido, os relatos de Muller (1997), Schöeller (1997), Schneider (2001), Cruz, Junqueira e Mendes (1999), Cruz (2001) e Bertone (1996), ao descreverem com detalhes a situação dos consórcios intermunicipais de saúde nos estados do Mato Grosso, Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, respectivamente, nos mostram que é bastante estreita a relação CIS-SUS nesses estados, que abrigam 51 dos 141 CIS brasileiros. Por fim, a média nacional indica que 24,8% dos CIS prestam serviços de atenção básica – tarefa

fundamentalmente ligada à estrutura descentralizada do SUS nos municípios –, e 35,7% provêm assistência hospitalar, atribuição também da estrutura tradicional de saúde pública.

Do ponto de vista espacial, os consórcios intermunicipais de saúde se encontram bastante concentrados na Região Sudeste (96 CIS, ou 65,75% do total), seguida da Região Sul (30 CIS, 20,54%). As regiões Nordeste e Centro Oeste, respectivamente, abrigam 6,85% (10 CIS) e 6,17% (9 CIS) dos consórcios brasileiros, e a Região Norte apenas um consórcio intermunicipal de saúde (0,69% do total). O fato que mais se destaca em relação à distribuição espacial dos CIS brasileiros, entretanto, é a alta concentração dessas associações intermunicipais no Estado de Minas Gerais: 70 consórcios, ou 47,94% do total nacional (LIMA e PASTRANA, 2000b).

2.2 Os consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais

A presente seção está dividida em duas partes, distintas porém profundamente relacionadas. Na primeira, é abordado o desenvolvimento dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais, assim como é feita uma análise da configuração que essas associações apresentam atualmente (características dos municípios mineiros que se consorciam, tipos de serviços oferecidos pelos CIS e suas fontes de financiamento). Esse enfoque “objetivo” que é dado ao fenômeno dos CIS tem valor mais do que meramente descritivo quando se considera a segunda parte da presente seção, que trata dos fatores estruturais que condicionaram esse processo. Subjazendo ao plano decisório dos municípios – nosso plano de interesse por excelência – há um quadro geral de influências, advindas dos governos federal e estadual, que condiciona e limita em vários aspectos a ação dos governos locais. É sobre esse panorama mais amplo da ação política que trata a presente seção, que se concentra na forma como as esferas federal e estadual – com destaque para essa última – influíram no associativismo intermunicipal, o que, de certa forma, explica o desenvolvimento e atual conformação desse setor em Minas Gerais.

2.2.1 Surgimento e expansão

O ano de 1993 marca o surgimento dos consórcios intermunicipais de saúde no Estado de Minas Gerais. De forma bastante atípica em relação aos casos já aqui sucintamente descritos – pois não derivam de políticas de descentralização levadas a cabo por administrações estaduais em anos anteriores – foram criados nesse ano dois CIS, a partir de estruturas de saúde pré-existentes e sub-utilizadas.

O caso pioneiro ocorreu na cidade de Moema, na região do Alto Rio São Francisco, que contava com um hospital com capacidade bastante superior à demanda do município, e que, por isso, se encontrava sub-utilizado. O então diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, José Rafael Guerra Pinto Coelho, interessado em proporcionar melhores condições na região para o desempenho da disciplina de “Internato Rural” pelos alunos dessa faculdade, articula com prefeitos da região a implantação do modelo de consorciamento intermunicipal, que já havia sido implementado com sucesso em outras regiões do país (COELHO e VELOSO, 1997). Assim, ainda em 1993 entra em funcionamento o primeiro consórcio intermunicipal de saúde de Minas Gerais, o CIS ASF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio São Francisco), que serve de exemplo para a criação – nesse mesmo ano – do CIS MARG (na Microrregião do Alto Rio Grande), que fez uso de condições semelhantes de estrutura pré-existente, e também a partir de iniciativa de José Rafael Guerra (COELHO e VELOSO, 1997; Entrevista 4, 2004).

Outro momento importante na história dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais ocorreu quando Eduardo Azeredo (PSDB), eleito governador em 1994, nomeou para o cargo de Secretário de Estado de Saúde José Rafael Guerra Pinto Coelho que, vindo da experiência de criação do CIS ASF e do CIS MARG, trouxe para o âmbito da administração estadual o tema da associação intermunicipal na área de saúde. Começa assim, em 1995, a ser colocada em prática uma política de fomento à criação de CIS em Minas Gerais, que gerou os números de criação de consórcios que vemos no Quadro 2.3, abaixo:

Quadro 2.3: CIS criados em Minas Gerais

Ano	Número de CIS criados	Número de Municípios consorciados
1993	02	48
1994	01	11
1995	28	368
1996	16	160
1997	18	144
1998	04	26
1999	01	19
TOTAL de CIS em Minas	70	776

Fonte: LIMA e PASTRANA, 2000 a, p. 9.

O Estado de Minas Gerais chegou a contar com 72 CIS, dos quais 66 haviam sido criados durante a Administração Eduardo Azeredo (1995-1998)⁵⁹. Relatórios sobre o tamanho do setor do CIS em Minas Gerais, datados dos anos de 2000 e 2004 mostraram, respectivamente, 70 e 64 consórcios intermunicipais de saúde em funcionamento no estado (LIMA e PASTRANA, 2000a; COSECS, 2004). Isso indica um certo recuo do associativismo intermunicipal, devido à suspensão da política de incentivo à criação de consórcios, ocorrida na Administração Itamar Franco (PMDB, 1999 – 2002).

Estado com o maior número de municípios no Brasil (853), Minas Gerais é naturalmente campo fértil para a cooperação intermunicipal, principalmente se levamos em conta o tamanho médio populacional das cidades mineiras. Em 2001, 80,6% dos municípios de Minas Gerais se enquadravam na categoria de “pequenos”⁶⁰, 16,7% podiam ser descritos como “médios” e 2,7% como “grandes”. Chamam mais a atenção dois aspectos específicos: 29,2% das cidades mineiras têm população menor do que 5 mil habitantes, e por isso são considerados “micromunicípios” (SIMÕES, 2004); e 31,1% do total dos municípios de Minas Gerais – a maior parcela – tem população entre 5 mil e 10 mil habitantes (SIMÕES, 2004). O Quadro 2.4, abaixo, expõe o percentual de municípios mineiros que se encaixa em cada uma destas categorias populacionais, assim como o percentual da população do estado que vive nos municípios de cada tamanho.

⁵⁹ O objetivo final do então Secretário Estadual de Saúde, José Rafael Guerra, de englobar 100% dos municípios mineiros na rede de consórcios intermunicipais até 1998 (COELHO e VELOSO, 1997), não foi atingido.

⁶⁰ A classificação dos municípios utilizada no presente trabalho é a adotada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS, 2004), segundo a qual são “pequenos” os municípios com até 20.000 habitantes, são “médios” aqueles que têm entre 20.001 e 100.000 habitantes, e são “grandes” todos os municípios com mais de 100.001 habitantes. Complementarmente, é adotada a categoria de “micro-municípios” (SIMÕES, 2004) para designar aqueles que possuem menos de 5.000 habitantes.

Quadro 2.4: Municípios de Minas Gerais divididos por grupos de tamanho

Classes de Tamanho da População (2001)	Municípios (%)	População (%)
Até 5.000	29,2	4,9
5.001 a 10.000	31,1	10,3
10.001 a 20.000	20,3	13,6
20.001 a 50.000	12,4	17,2
50.001 a 100.000	4,3	14,7
100.001 a 500.000	2,3	21,0
Mais de 500.001	0,4	18,3
Total	100	100

Fonte: SIMÕES, 2004, p. 9.

Do total de municípios mineiros que contava com menos de 5 mil habitantes em 1997, 92,2% integravam algum consórcio intermunicipal de saúde (LIMA e PASTRANA, 2000a)⁶¹. Como consequência da maciça adesão dos micro e pequenos municípios aos CIS, 91% dos municípios mineiros fazem parte de algum consórcio intermunicipal de saúde, o que significa 72% da população do estado atendida (LIMA e PASTRANA, 2000a).

Dos municípios mineiros consorciados em 2004, 31,0% têm população inferior a 5 mil habitantes, 30,7% entre 5 mil e 10 mil habitantes, 21,2% entre 10 mil e 20 mil habitantes, o que perfaz a proporção de 82,9% de cidades consideradas “pequenas” no total de municípios consorciados. Na categoria de cidades “médias” situam-se 15,2% dos municípios consorciados, e apenas 1,9% podem ser considerados “grandes”, como pode ser visto no quadro abaixo:

61 Para mais detalhes sobre essa discussão a respeito dos ganhos econômicos de escala na prestação de serviços públicos (e da eventual inviabilidade administrativa de municípios de pequenas populações), ver RAMOS e SOUSA (1999). Segundo esses autores, os altos custos fixos de manutenção das estruturas municipais de educação, saúde e administração devem ser necessariamente diluídos entre o maior número possível de usuários, para que não absorvam recursos proporcionalmente muito elevados do orçamento municipal. Assim, em cidades pequenas, gasta-se muito – proporcionalmente – para se manter escolas, centros de saúde e administrações municipais que atendem a poucas pessoas, o que ocasiona altos custos *per capita*. Nas palavras de Ramos e Sousa: (...) *Constata-se que, em todas as metodologias, o desperdício de recursos é substancial em municipalidades com até 10 mil habitantes. Dependendo do método utilizado e da região considerada, esse desperdício varia de 12 a 70% do total dos recursos disponíveis para as despesas correntes. Esse resultado lança sérias dúvidas sobre a viabilidade técnica dos pequenos municípios. Embora seja necessário investigar mais a fundo esse problema, muito provavelmente a atual concentração de cidades em classes com população de até 10 mil habitantes representa um custo adicional não desprezível para o Brasil e indica que o tamanho típico dessas cidades está muito abaixo do exigido para maximizar o nível de serviços públicos postos à disposição da população. Ademais, o trabalho de Gomes e MacDowell questiona também a viabilidade fiscal/econômica desses municípios. Segue-se, então, que uma utilização mais racional dos recursos públicos deveria considerar não o desmembramento, mas sim o reagrupamento municipal.* (RAMOS e SOUSA, 1999, P. 454-5).

Quadro 2.5: Grupos de tamanho dos municípios mineiros que participam de CIS

Tamanho da População dos Municípios Mineiros Consorciados	Municípios (%)	
	Até 5.000	31,0
5.001 a 10.000	30,7	
10.001 a 20.000	21,2	
20.001 a 50.000	11,7	15,2
50.001 a 100.000	3,5	
Mais de 100.001	1,9	1,9
Total	100	100

Fonte: Elaboração do autor a partir de COSECS (2004).

Fica clara, assim, a predominância das cidades pequenas no conjunto dos municípios consorciados em Minas Gerais. Além da contundência dos números expostos nas tabelas acima, temos também o fato de que, das 15 cidades mineiras que participavam de mais de um CIS em 2004, 14 são “pequenas”, e apenas uma é média (COSECS, 2004). Isso indica a forte tendência para que cidades pequenas se consorciem, em busca de soluções para a prestação descentralizada de serviços de saúde.

É lícito supor que as características dos CIS mineiros – por sua representatividade numérica – influenciaram em certa medida os resultados gerais do levantamento feito sobre o setor no Brasil. Esses devem ser tomados principalmente como uma “indicação” das principais características do conjunto dos CIS nacionais, e não como contornos específicos. A seguir, estabeleceremos uma comparação entre os resultados mineiros e nacionais, que nos indicará a direção em que a realidade mineira pode ter influenciado os resultados referentes a todo o Brasil⁶².

Analisando as funções desempenhadas pelos consórcios intermunicipais de saúde – mostradas no Quadro 2.6, logo abaixo – percebemos que os CIS mineiros apresentam um perfil

62 Não há dados totais disponíveis a respeito dos consórcios intermunicipais de saúde do Brasil que não incluam Minas Gerais. Assim, fica impedida a comparação direta entre Minas e o restante do Brasil, o que nos ofereceria excelente padrão de referência: ambos “universos” considerados apresentam número bastante próximo de CIS, sendo que a média brasileira (sem Minas) é resultado da ação de doze diferentes governos estaduais (Paraná, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Paraíba, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia, Goiás, Rio Grande do Norte e Pará). Dessa maneira, a comparação entre os números totais nacionais (incluindo Minas) e dos números mineiros é aqui utilizada como *proxy*: basta, para que tal expediente tenha validade, ter em mente que basicamente metade da média brasileira representa Minas, e que o mais importante a ser considerado é se os números de Minas e do Brasil apontam para direções iguais ou diferentes. Uma determinada média nacional inferior à média mineira significa que os consórcios dos doze outros estados considerados apresentam tendências opostas às dos CIS mineiros. Médias nacionais iguais e superiores às de Minas Gerais indicam, respectivamente, ausência de uma tendência predominante nos doze estados em questão, e semelhanças entre os CIS mineiros e os do restante do país.

de menor inserção na estrutura do SUS do que a média total dos CIS brasileiros. Conseqüentemente, os CIS mineiros, em sua média, têm características gerais de maior “poder/liberdade” dos municípios que os compõem, no interior da esfera cooperativa (tal como definido na seção anterior). Não é possível avaliar com exatidão os termos dessas afirmações, mas a sua validade geral pode ser atestada pela simples confrontação dos dados relativos a Minas Gerais com os referentes ao todo do Brasil, no que tange às modalidades de serviços prestados pelos CIS, realizada pelo quadro abaixo. Lembrando que os números referentes ao Brasil são fortemente influenciados pela situação de Minas Gerais, é possível vislumbrar um panorama de convergências e divergências entre os dois cenários considerados.

Quadro 2.6: Percentual de consórcios que realizam modalidades de serviços específicas

Tipos de serviços	Brasil (inclui Minas)	Minas Gerais
Atenção Básica	24,8	25,0
Especialidades	95,7	95,7
Atenção Hospitalar	35,7	28,6
Assessoria	63,8	68,6

Fonte: Elaboração do autor a partir de LIMA e PASTRANA (2000a; 2000b).

Os números bastante próximos no que tange às categorias de “atenção básica” e “especialidades” indica coincidência entre os dois universos considerados, mas as discrepâncias encontradas nos quesitos “atenção hospitalar” e “assessoria” são bastante elucidativas. Se 35,7% dos CIS brasileiros prestam serviços tais como internações e intervenções cirúrgicas – indicadores por excelência da inserção dos CIS na estrutura do SUS –, e se essa porcentagem engloba os 28,6% dos consórcios mineiros que desempenham essas funções, então pode-se supor que um total nacional que excluísse Minas Gerais mostraria uma diferença ainda maior nos graus de integração CIS-SUS nos dois conjuntos considerados.

Também a “assessoria a prefeituras” é elucidativa, pois indica a proximidade dos CIS com as administrações municipais, algo incompatível com consórcios mais comprometidos com os regulamentos do SUS do que com as demandas – inclusive as políticas – dos governos locais. Devemos atentar para o fato de que a inserção do CIS na estrutura do SUS significa também uma diminuição do poder relativo do município dentro da própria esfera da cooperação

intermunicipal: o desempenho de tarefas próprias do SUS submete o consórcio aos regulamentos e decisões que regem a saúde pública em âmbito nacional – isso para considerarmos apenas os aspectos administrativos envolvidos – diminuindo a amplitude da ação dos prefeitos dentro dessa associação (como indicado pela Figura 2.1). Trata-se de fenômeno no qual se pode observar gradações, pois quanto mais serviços próprios do SUS o consórcio presta, mais ele se torna vinculado à União – ao invés de aos municípios que o constituem – tanto em termos financeiros e administrativos quanto em termos políticos. Em poucas palavras: devido às limitações financeiras e institucionais que tradicionalmente marcam os CIS, esses são incapazes de “servir a dois senhores” ao mesmo tempo. Resta aos prefeitos o dilema entre garantir recursos para uma instituição sobre a qual eles não terão tanto controle ou controlar uma instituição que não poderá prestar serviços em grande quantidade (ou de grande complexidade). Não podemos dizer se a escolha cabe – em última instância – aos prefeitos, ou se a decisão deriva de ações da União ou de governos estaduais (políticas de indução específicas), mas a comparação mostrada no Quadro 2.6 aponta no sentido da existência de diferentes padrões no país, o que contribui para a hipótese da indução estadual e/ou federal. No que tange à “assessoria a prefeituras”: mesmo influenciando muito nos resultados nacionais, os números dos CIS mineiros ainda estão cerca de 5 pontos percentuais à frente dos CIS brasileiros – que incluem os mineiros – em matéria de assessoria dos CIS às prefeituras consorciadas (68,6% dos consórcios mineiros prestam assessoria, contra 63,8% do total dos consórcios brasileiros) (LIMA e PASTRANA, 2000).

As tendências que identificamos na análise comparativa entre os serviços oferecidos pelos CIS em Minas Gerais e no Brasil como um todo ficam ainda mais nítidas quando o financiamento dos consórcios intermunicipais de saúde recebe o mesmo tratamento. Aqui, mais uma vez, deve-se salientar o peso de Minas Gerais dentro da realidade consorcial do Brasil, uma vez que o referido Estado, à época do levantamento aqui considerado, abrigava praticamente a metade de todos os consórcios intermunicipais de saúde brasileiros (70 em 141) (LIMA e PASTRANA, 2000b).

Quadro 2.7: Porcentagem dos CIS que recebem recursos de cada fonte financiadora da saúde pública

CIS por origem do financiamento (em %)	Brasil (inclui MG)	Minas Gerais
Municipal	97,9	100
Estadual	21,0	7,2
Ministério da Saúde	13,0	10,1
SUS	37,4	18,8
Extra SUS	5,0	1,4
Outros	10,8	10,1

Fonte: Elaboração do autor a partir de LIMA e PASTRANA (2000a; 2000b).

O ponto que mais chama a atenção no Quadro 2.7 refere-se à categoria “SUS”, referente a pagamentos por serviços prestados no âmbito da estrutura do SUS⁶³. Trata-se do indicador mais flagrante da inserção de um CIS no Sistema Único de Saúde e, nele, 37,4% dos consórcios intermunicipais de saúde brasileiros recebem recursos por terem prestado serviços de responsabilidade original do SUS (LIMA e PASTRANA, 2000b). Mesmo sofrendo forte influência do baixo percentual de CIS mineiros que contam com essa fonte de renda (18,8%), o total nacional é significativo, o que nos leva a supor que, em estatísticas brasileiras que excluíssem Minas Gerais, o grau de inserção médio dos CIS na estrutura do SUS seria significativamente maior. Também têm magnitude considerável os resultados do item que trata do percentual de CIS que recebem verbas de suas respectivas administrações estaduais: apesar dos poucos 7,2% mineiros atraírem a média nacional decisivamente para baixo, essa ainda tem força para se situar em 21%, o que nos permite inferir que o modelo de consórcios dependentes de recursos não-municipais provavelmente é bastante comum nos CIS brasileiros não-mineiros. No mesmo sentido, temos também a diferença entre os CIS mineiros e brasileiros no tocante às transferências de verbas do Ministério da Saúde para o cumprimento de programas específicos: uma menor proporção em Minas Gerais (10,1%) deprime a média nacional (13%).

Finalmente, temos a contundente proporção de CIS mineiros que recebem recursos dos municípios que os compõem: 100%. Isso não apenas marca a proximidade dos consórcios intermunicipais de saúde mineiros em relação aos governos locais, como também serve para elevar a média nacional, que mesmo já sendo alta sem a influência mineira – a proximidade entre

⁶³ Serviço de Informação Ambulatorial (S.I.A/SUS) e Serviço de Informação Hospitalar (S.I.H/SUS) são os sistemas através dos quais as unidades prestadoras de serviços registram e comunicam ao SUS sua produção, para que possam ser remuneradas.

as porcentagens a denuncia –, evidencia a ocorrência de CIS no Brasil que não recebem quaisquer recursos de seus próprios municípios-membro (algo, no mínimo, inusitado, em se tratando de instâncias de cooperação “intermunicipal”).

O grau de independência dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais em relação ao SUS também pode ser analisado a partir de seus números absolutos. A partir de levantamento feito pelo Conselho de Secretários Executivos de Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS, 2004), pode-se saber quais são os consórcios mineiros que “prestam” serviços e quais são aqueles que “compram” serviços, assim como os serviços “prestados” e “comprados” por cada um deles. Antes de expormos os resultados do processamento dos dados oferecidos no levantamento feito pelo COSECS (2004), vale a pena registrar que um dos pontos da política de incentivo à formação de CIS da Administração Eduardo Azeredo consistia no fornecimento de aparelhagem para a realização de exames de apoio diagnóstico. Assim, há uma tendência geral de que a maioria dos CIS mineiros seja, ao menos em parte, “prestadora” de serviços.

Quadro 2.8: Classificação dos CIS mineiros, por “forma de atuação”

Tipos de CIS mineiros	Número de CIS	Participação no total (em %)
Unicamente “compradores” de serviços	10	15,6
Unicamente “prestadores” de serviços	6	9,4
Tipos mistos	48	75
TOTAL	64	100

Fonte: Elaboração do autor a partir de COSECS (2004).

Do Quadro 2.8 podemos concluir que são poucos os CIS que se encaixam nos dois “tipos ideais” de consórcios que delineamos anteriormente (“compradores” e “prestadores” de serviços). Já que 75% dos CIS mineiros mesclam a “prestação” com a “compra” de serviços, temos um quadro complexo no que tange à origem dos serviços fornecidos pelos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais. A interrupção do apoio dado pelo Governo do Estado de Minas Gerais aos CIS a partir de 1999 fez com que os responsáveis por esses passassem a buscar alternativas de sobrevivência institucional por conta própria, o que contribuiu para que Minas Gerais não contasse com uma estrutura de consórcios intermunicipais de saúde homogênea, integrada à estrutura do SUS e aos objetivos da Secretaria Estadual de Saúde, como ocorre em alguns dos estados abordados aqui (Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina e São Paulo).

Outra conclusão possível a partir dos dados do Quadro 2.8 é, justamente, a baixa incidência de CIS em Minas Gerais que são passíveis de assumirem posição de total envolvimento na estrutura do SUS⁶⁴. Apenas 9,4% dos CIS mineiros “prestam” diretamente todos os serviços que fornecem à população, e essa condição de “prestador total” de serviços é o principal indicador de quantos consórcios intermunicipais de saúde podem assumir posições de destaque dentro da estrutura do SUS (geralmente, posições ocupadas anteriormente pela rede estadual de saúde). Assim, podemos já concluir em favor de um “nível de poder/liberdade” dos municípios mineiros consorciados, em média, mais alto do que o dos municípios que fazem parte de CIS no restante do país (principalmente se considerarmos também os dados, a respeito das fontes de financiamento e tipos de serviços prestados pelos CIS em Minas Gerais e no Brasil). Em favor dessa conclusão, todos os dados analisados até aqui se reforçam mutuamente.

O fato de os consórcios que unicamente “compram” serviços perfazerem 15,6% do total dos CIS de Minas Gerais não serve para definir a predominância desse modelo de atuação, mas coloca uma razoável proporção dessas associações intermunicipais no ponto extremo de “poder/liberdade” dos governos locais da escala aqui adotada, como vemos no Quadro 2.9.

Quadro 2.9: Tipos de CIS mineiros, por origem e tipo de serviço

Tipos de CIS mineiros	Exames			Especialidades		
	Nº de CIS	%	“Pares” de categorias (%)	Nº de CIS	%	“Pares” de categorias (%)
Apenas “compra” de serviço	19	29,7	49,7	17	26,6	39,1
Mais “compra” do que “prestação” de serviço	16	25,0		8	12,5	
Tanto “compra” quanto “prestação” de serviço	1	1,6	1,6	5	7,8	7,8
Mais “prestação” que “compra” de serviço	13	20,3	31,2	5	7,8	39,1
Apenas “prestação”	7	10,9		20	31,3	
Sem serviço ou informação não disponível	8	12,5	12,5	9	14,0	14,0
TOTAL	64	100	100	64	100	100

Fonte: Elaboração do autor a partir de COSECS, 2004.

⁶⁴ O fato de um consórcio ser “prestador” de serviços aumenta a probabilidade desse se inserir na estrutura do SUS, da mesma forma que um consórcio “comprador” de serviços dificilmente assumiria posição de fornecedor de serviços para o Sistema Único de Saúde. Entretanto, deve ser lembrado que a forma de atuação de um CIS não necessariamente implica em afastamento ou aproximação da estrutura do SUS, apenas a torna mais provável ou não.

O Quadro 2.9, ao especificar o tipo de serviço de saúde fornecido, assim como ao indicar gradações de “compra/prestação” desses serviços, nos permite que sejam obtidas outras conclusões. Uma dessas está relacionada com a propriedade dos aparelhos usados na realização de exames: o fato de 57,8% dos CIS mineiros possuírem ao menos um desses aparelhos⁶⁵ confirma o viés de “prestadores” de serviços que lhes foi inculcido pela política estadual de incentivo à formação de CIS, que fornecia aparelhagem própria para alguns exames; entretanto, o fato de que 76,6% dos CIS mineiros “compraram” exames oferecidos pela rede privada de saúde⁶⁶ mostra claramente que a maioria dos consórcios intermunicipais de saúde desse estado transcendeu o modelo inicial proposto pela administração estadual, adotando soluções próprias. A comparação direta entre os consórcios que apenas “compram” exames (29,7%) e os que apenas os realizam diretamente (10,9%) dá uma clara vantagem à primeira categoria, mas essa não chega a significar uma predominância geral, pois são os tipos mistos de fornecimento de exames que prevalecem na maioria dos CIS mineiros (46,9%)⁶⁷. Agregando pares de categorias que se aproximam, em matéria da origem dos exames fornecidos à população, chegamos a proporções interessantes: 49,7% dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais tendem para o modelo de “compra” de exames⁶⁸, enquanto 31,2% desses se aproximam do ideal de “prestação” desse tipo de serviço⁶⁹. Tais números parecem indicar uma certa tendência geral para a “compra” de exames por parte dos CIS mineiros, apesar da maioria desses ter recebido aparelhos para a “prestação” desses serviços como forma de incentivo inicial por parte do Governo Estadual. Isso nos dá uma certa noção do peso que exerce, ainda hoje, o impulso original – a política estadual de indução – à criação de CIS, assim como do quanto os consórcios já se afastaram – por conta própria – do modelo inicial proposto pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG).

No que tange ao fornecimento de consultas com médicos especialistas, o quadro se apresenta equilibrado. A associação entre pares de categorias do Quadro 2.9 (nos mesmos moldes da feita logo acima), por exemplo, resulta em números rigorosamente idênticos: 39,1% dos CIS tendendo para a “compra” de consultas, e outros 39,1% para a “prestação” dessas consultas através de médicos especialistas contratados. A categoria dos CIS que “apenas prestam”

⁶⁵ Trata-se da soma de todas as categorias que incluem a posse de aparelhagem para a realização de exames (indicada pela “prestação de serviços”), em qualquer medida.

⁶⁶ Associação das categorias que incluem, em alguma medida, a “compra” de exames.

⁶⁷ Associação das categorias que mesclam “compra” e “prestação” de serviços.

⁶⁸ Associação das categorias “apenas compra” e “mais compra do que prestação”, do Quadro 9.

⁶⁹ Associação das categorias “apenas prestação” e “mais prestação do que compra”, do Quadro 9.

consultas é a mais significativa, com 31,3% dos consórcios contidos nela, mas é seguida da categoria “apenas compra” (26,6%) por uma pequena margem de distância. As categorias mistas de oferta de consultas não perfazem maioria, reunindo apenas 28,1% dos CIS mineiros, enquanto as duas categorias extremas reúnem 57,9% desses mesmos consórcios. Temos, assim, um quadro bastante equilibrado no que tange às consultas médicas especializadas, serviços de saúde que não contaram com incentivo do governo estadual quando esse se dedicou ao fomento dessa forma de associação intermunicipal. Nesse sentido – de avaliação dos efeitos da política estadual de incentivo à criação de CIS – a análise das formas de prestação de consultas médicas se constitui em valioso instrumento: na falta de um direcionamento específico, que influenciasse todos os CIS em determinada direção, prevaleceu a igualdade, vista através das quantidades equivalentes de consórcios que optam por diferentes formas de ação.

2.2.2 O papel do Governo do Estado

Os consórcios intermunicipais de saúde não se constituem – como já foi dito – como a primeira experiência de associacionismo intermunicipal em Minas Gerais. Antes deles, as Associações Microrregionais (AM) de municípios foram responsáveis por dinâmica bastante semelhante à que marcou a trajetória dos CIS, caracterizada por incentivos iniciais oriundos do governo estadual, grande mobilização dos municípios, e depois um marcante refluxo no ímpeto associacionista. A comparação entre a experiência das Associações Microrregionais e a dos consórcios intermunicipais de saúde se faz importante, então, não apenas por ambas representarem grandes exemplos de associacionismo intermunicipal em Minas Gerais, mas principalmente pela forma como ambas interagiram entre si e com o governo estadual.

Da análise das AMs e dos CIS salta aos olhos um elemento importantíssimo em termos de associacionismo intermunicipal: a indução estadual. Principalmente quando se trata de Minas Gerais – Estado com histórico de associativismo espontâneo insignificante –, o estudo das relações de cooperação entre municípios obrigatoriamente envolve a análise das formas através das quais o governo estadual incentivou os municípios a cooperarem. Assim, propomos aqui algumas perspectivas de análise que serão aprofundadas a seguir.

Partimos do pressuposto de que tanto as AMs quanto os CIS são resultantes de diferentes políticas estaduais de incentivo ao associativismo: a primeira tendo início na década de 1970, e a segunda na década de 1990. Ambas as iniciativas estaduais foram interrompidas após um impulso inicial, tendo os dois tipos de associações que se manter apenas a partir das contribuições dos municípios e de serviços prestados. Mesmo sob essas condições adversas, a grande maioria das AMs e dos CIS sobreviveu, numa clara mostra de que o apoio estadual – indispensável para o impulso inicial do associativismo – não é componente essencial para a sobrevivência da cooperação intermunicipal. Tendo em mente o que Arretche (2000) e Volden (2005) expõem a respeito de políticas de indução em federações, podemos afirmar que a ação estadual atua no sentido de “romper a inércia” que barra o associativismo, alterando a “equação de incentivos e obstáculos” que marca o cálculo político dos prefeitos e tornando menos arriscada a confiança mútua.

Assim, propomos que o desenvolvimento do associacionismo intermunicipal mineiro seja visto como um processo composto de etapas claramente distintas, que só puderam ser transpostas a partir dos impulsos fornecidos pelas políticas de indução estadual. Uma vez constituídas as AMs pela indução estadual, os atores que passaram a participar delas mantiveram o associacionismo sob condições adversas, mas também não o aprofundaram significativamente. É útil aqui o uso da figura da “escada em oposição à rampa”: na primeira (que associamos ao desenvolvimento por indução), a ascensão se dá por etapas claramente distintas, e a inação não implica necessariamente regresso; já na segunda (representando o desenvolvimento espontâneo), o avanço é progressivo e constante, porém a inação leva ao retrocesso, já que se está em plano inclinado. Dessa maneira, podemos encarar a política estadual de incentivo à criação de AMs como o impulso necessário para que o associacionismo galgasse “o primeiro degrau” da escala que propomos, e a política de indução à formação de CIS representou a ascensão a um “segundo degrau”. Apesar de se tratarem de duas iniciativas aparentemente independentes, acreditamos que há relação entre as duas, o que levou os CIS a se aproveitarem do legado associacionista criado pelas AMs (o que será visto com detalhe a seguir). Assim, nos arriscamos a dizer que o “modelo de escada” que rascunhamos aqui para tratar do associacionismo intermunicipal teria “degraus” com altura progressivamente menor, à medida em que se ascende, uma vez que as experiências de cooperação do passado tenderiam a alavancar as do futuro, sendo assim exigidos menores níveis de indução estadual (e, no limite, indução alguma).

Tendo em mente as propostas acima, consideremos a questão das Associações Microrregionais. Há farta literatura (IBAM, 1976; PENNA, 1997; CARVALHO, 1997-98) que expõe o contexto por detrás do processo de formação das AM's: em busca de mecanismos que auxiliassem o Governo Federal na execução de seus projetos altamente centralizados, foi criada em 1972 a SAREM (Secretaria de Articulação com Estados e Municípios), ligada diretamente à Presidência da República. Uma das ações mais significativas da SAREM foi a política de incentivo para que os estados organizassem “instituições-espelho”, que reproduzissem em escala estadual as principais características do novo órgão federal: em Minas Gerais foi criada a SUPAM – Superintendência de Articulação com os Municípios, em 1973⁷⁰. A partir dessa

70 A SUPAM nasceu subordinada ao Conselho Estadual de Desenvolvimento (CED), quando desfrutava de grande autonomia. Passou depois para a competência da Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (SEPLAN) e, posteriormente, para a Secretaria de Estado de Assuntos Municipais (SEAM) (PENNA, 1997; CARVALHO, 1997-98).

estrutura, o Governo Federal buscava garantir maior eficiência na implantação dos projetos de seu interesse no âmbito dos municípios, voltados sempre para a legitimação da ordem autoritária vigente no Brasil. As Associações Microrregionais foram fruto dessa estrutura, refletindo os conceitos que começavam a marcar a tecnoburocracia federal, com destaque para o “planejamento regional” (PENNA, 1997). Sob o mote da “centralização decisória e descentralização executória” (IBAM, 1976), o Governo Federal incentivou os Estados a adotarem o planejamento regional, que em Minas Gerais resultou na divisão do território do Estado em “regiões de planejamento” em 1973 (BATELLA e DINIZ, 2005), no incentivo à criação de AMs a partir de 1974 (PENNA, 1997; CARVALHO, 1997-98) e, por fim, na criação de uma estrutura cooperativa na qual os municípios e suas associações exerciam ainda menos poder do que era previsto nos planos centralizadores do Governo Federal (CARVALHO, 1997-98).

Ainda que o Governo Federal estivesse por detrás da idéia das AMs, essas devem ser vistas essencialmente como fruto de políticas de indução estaduais, pois coube às administrações estaduais dar forma prática e executar tal estratégia. Também, já a partir de 1974 se inicia processo de corrosão da capacidade de gasto do Governo Federal, e assim os governos estaduais ganham mais poder de decisão. Em Minas Gerais, as Associações Microrregionais foram criadas exatamente dentro desse contexto de constante retração da União, ao longo do período de 1974 a 1987, sendo que cada município só poderia fazer parte da AM correspondente à sua microrregião administrativa, e a adesão à associação era facultativa (CARVALHO, 1997-98).

A SUPAM, por sua vez, optou, com apoio da SAREM, por uma política de indução ao Associativismo Municipal que, congregando municípios espacialmente contíguos, era considerado um instrumento básico de articulação, uma vez que as Associações podiam funcionar como órgãos intermediários de contato com os municípios, prestar assistência técnica e desenvolver estudos para o planejamento microrregional. A atuação da SUPAM no campo do associativismo se efetivou através do Programa de Ação Micro-Regional e do Prodemi – Programa de Desenvolvimento Micro-Regional, e teve como resultado a introdução da experiência associativista, até então inexistente, no Estado.

A opção pelo associativismo garantiu ao órgão o acesso aos recursos do programa federal de associativismo, assim como a consolidação de uma importante parceria institucional com a Fundação João Pinheiro. (...) (PENNA, 1997, p. 32-3).

Daniel Penna (1997) estabelece o ano de 1982 como o fim do período no qual órgãos estaduais de apoio aos municípios – principalmente a SUPAM – gozavam de prestígio especial e recursos em abundância dentro da burocracia do Estado de Minas Gerais. Como consequência, o processo de criação de AMs – ainda em curso – enfrentou grandes dificuldades, chegando a ficar mais de um ano sem estruturar sequer uma nova Associação Microrregional (CARVALHO,

1997-98). Isso se deve, em boa medida, à reforma que o governador Tancredo Neves (PMDB, 1983-1984) empreendeu na estrutura estadual de relacionamento com os municípios, que retirou bastante poder da SUPAM por acreditar que essa superintendência se encontrava permeada por influências clientelistas, que direcionavam sua forma de atuação (PENNA, 1997). Paradoxalmente, data também desse período a elaboração de programas⁷¹ que influenciaram fortemente a trajetória das Associações Microrregionais, dando a essas condições de realizar funções de importância crucial para os administradores municipais (sobretudo das pequenas cidades). Um desses programas, o Promoto, consistia na cessão de máquinas pesadas (agrícolas, mas principalmente as necessárias à realização de obras de engenharia) para as associações microrregionais, para que essas as alugassem aos municípios-membro por valores abaixo daqueles praticados pelo mercado. Isso representou um enorme estímulo para que os municípios se associassem às AM's, tanto que há quem diga que a sobrevivência das AMs foi devida ao sucesso do Promoto (PRODEMU, 1991c).

Uma importante mudança, ocorrida no período, se deu no âmbito do programa de associativismo da SUPAM. Inicia-se um processo de transformação das Associações em prestadoras de serviços de engenharia, com a criação das Patrulhas Motomecanizadas e dos escritórios de engenharia. As patrulhas eram constituídas por máquinas destinadas à abertura e conservação de estradas vicinais, financiadas pelo Estado e integrantes do patrimônio das Associações. Os escritórios de engenharia eram uma tentativa de dotar as Associações de um quadro técnico capaz de desenvolver os projetos de engenharia necessários à construção das estradas e de obras de saneamento. Rapidamente esta política transformou as Associações em “empresas de conservação de estradas”, tornando essa atividade o principal motivo de sua existência. Nas palavras de um dirigente da SUPAM, estas máquinas garantem a sobrevivência das Associações, pois muitos prefeitos não abandonaram o associativismo devido aos serviços prestados pelas máquinas.

O projeto de Patrulhas Motomecanizadas parece ter sido uma resposta ao fraco interesse dos prefeitos na participação em Associações Microrregionais. No entanto, a sua implantação, efetuada em um momento de crise do Sistema de Planejamento [Estadual], acabou por obscurecer a importância do associativismo como forma de articular o planejamento estadual com o planejamento local. (PENNA, 1997, p. 40).

O Promoto foi, assim, o elemento-chave da política estadual de indução dos municípios ao associativismo intermunicipal, responsável pela permanência das AMs ao longo do tempo⁷². Em 1991 o governo estadual ensaiou voltar a apoiar as Associações Microrregionais através do

71 Programa de Escritório de Engenharia (Proeng), Programa de Treinamento da Administração Municipal (Ptam) e Programa de Patrulhas Motomecanizadas (Promoto). O destaque cabe ao Promoto, que atingiu resultados rápidos e duradouros, uma vez que oferecia serviços que os prefeitos valorizavam – ou seja, de curto prazo (PRODEMU, 1991c; PENNA, 1997; CARVALHO, 1997-98).

72 O número total de AMs em 1987, quando se completou o ciclo de criação dessas era de 36 associações (CARVALHO, 1997-98). Hoje existem em funcionamento 40 Associações Microrregionais, fruto de reestruturações feitas na divisão de Minas Gerais em microrregiões de planejamento (ALEMG, 2006).

lançamento do Programa Permanente de Desenvolvimento Municipal (PRODEMU), que tinha as AMs como peça-chave da política estadual de relacionamento com os municípios (PENNA, 1997; CARVALHO, 1997-98). Apesar de anunciar o surgimento de um “novo associacionismo”, o Prodemu pouco fez além de produzir levantamentos iniciais a respeito da situação em que se encontravam as AMs no início dos anos 1990 (CARVALHO, 1997-98). O quadro pintado pelos relatórios do Prodemu mostrava a maioria das associações microrregionais sem recursos para investimentos (ou seja, funcionavam apenas para cobrir as próprias despesas – PRODEMU, 1991b), e tendo a prestação de serviços às prefeituras como principal fonte de renda (o que mostra que a sobrevivência das AMs dava-se mais por esforço próprio dessas do que pelo zelo dos prefeitos para com a cooperação intermunicipal – PRODEMU, 1991c). O destaque ao Promoto também é dado pelos relatórios do Prodemu, que o descrevem como o único dos programas totalmente institucionalizado e em funcionamento em todo o Estado (PRODEMU, 1991c).

Essa situação de sucesso do Promoto inserido no fracasso – relativo – das Associações Microrregionais tem grande significado, e nos leva de volta às proposições feitas no início da presente seção. Uma vez que o Promoto aparece como símbolo máximo da política de indução estadual à criação de AMs – Penna (1997) chega a chamar essa distribuição de maquinário “clientelista” –, e que ele se constitui no único programa de sucesso desse todo (e responsável pela sobrevivência das Associações), é inevitável a vinculação entre os resultados obtidos pela política de associativismo intermunicipal e a indução contida nessa. Em poucas palavras: a cooperação intermunicipal (no âmbito das AMs) só foi até onde a indução a levou, não avançando mais. Por isso a figura dos “degraus de uma escada”, pois uma vez conquistado certo patamar, permanece-se nele até que surja outro impulso para que torne possível a ascensão ao degrau seguinte.

Dessa forma, acreditamos que qualquer estudo do associativismo intermunicipal mineiro deve ter a ação estadual – na forma das políticas de indução adotadas – como uma de suas variáveis principais, permeando sempre as outras perspectivas de análise utilizadas. Entretanto, como o foco do presente trabalho se encontra principalmente voltado para a instância municipal (assim como para a cooperativa) e não para o estudo das ações da burocracia estadual, vamos aqui apenas estabelecer alguns padrões que sirvam de orientação ao leitor, no que tange ao tema das políticas de indução estadual.

Inicialmente, devemos diferenciar duas categorias de indução: a “eficaz” e a “boa indução”⁷³. A primeira é aquela que leva o ator que se quer induzido a aderir a determinado programa ou política de iniciativa de outra esfera da federação, ou seja, ela altera os termos da equação de cálculo político do ator em questão – mostrada por Arretche (2000) e Volden (2005) – tornando a inércia desvantajosa para esse ator. Já a “boa indução” é aquela que faz mais do que apenas romper a inércia do ator que se quer induzir, pois é marcada por um maior envolvimento do ator indutor tanto em termos qualitativos (relacionamento mais aprofundado) quanto em termos quantitativos (envolvimento em um número maior de aspectos específicos). Exemplo clássico do que chamamos de “boa indução” é dado por Judith Tandler (1998) em sua descrição das políticas inovadoras colocadas em prática pelo Governo do Estado do Ceará em fins da década de 1980 e início da de 1990. O que mais chama a atenção na exposição de Tandler (1998) é a multiplicidade de pontos nos quais atua a indução do governo estadual junto às prefeituras: não apenas os municípios são induzidos a aderir aos programas estaduais em questão, mas também o governo estadual estabelece limites para a ação dos prefeitos no âmbito desses programas (como forma de evitar que atitudes clientelistas desses coloquem em risco os resultados do esforço estadual), induz também a sociedade civil a participar de várias formas (sobretudo na fiscalização e controle, mas não apenas), além de manter presença constante junto aos governos locais durante a implantação dos programas. Apesar de o objetivo de Tandler (1998) não ser diretamente o de tratar das especificidades da política de indução estadual, fica clara a forma como o exemplo cearense contempla vários aspectos, relacionados com diferentes etapas do plano que se procurava implementar.

A questão da “boa indução” nos leva a um segundo “padrão” que pretendemos estabelecer aqui, para que fiquem claros os limites do que compreendemos por indução. Trata-se dos objetivos da indução, que compõem o horizonte final com o qual devem trabalhar tais tipos de políticas. Tandler (1998) nos mostra que um dos resultados da “boa indução” do governo estadual cearense foi que, em muitos municípios, os programas implementados ganharam dinâmica própria, a partir de complementações realizadas pelas prefeituras, ou a partir de mudanças feitas pelo público atendido. Enfim, de qualquer maneira, governos locais e sociedade civil não apenas “aderiram”, mas principalmente absorveram os programas em questão, transformando-os de

⁷³ O uso da expressão “boa indução” não tem, no presente trabalho, qualquer cunho valorativo. O objetivo do emprego dessa expressão é o de reproduzir o significado do termo cunhado por Judith Tandler (1998), como caracterização de um tipo específico de indução estadual.

acordo com suas preferências e necessidades. Aline Werneck Barbosa de Carvalho (1997-98) também oferece contribuição nesse sentido ao dizer que a ação estadual de apoio às AMs deveria ter como objetivo a criação de um certo “espírito associativista”, que tornasse essas associações definitivamente a opção mais vantajosa para os municípios na busca não apenas de serviços técnicos, mas também de articulação política horizontal e vertical. Até mesmo os relatórios do Prodemu (1991c), ao prometerem “ressuscitar” o associativismo mineiro, colocam entre os seus objetivos o de habilitar as AMs a “buscarem decisões por conta própria”, ou seja, independentemente dos estímulos oferecidos pelo governo estadual. Assim, temos como objetivo final “ideal” das políticas de indução que a iniciativa estimulada pelo governo estadual ganhe dimensão local própria, e a partir daí siga se desenvolvendo por conta própria, “caminhando com as próprias pernas”. Em curtas palavras, a indução deve ter como objetivo “não ser mais necessária” ao desenvolvimento local das políticas públicas em questão.

Frente a esses parâmetros – de “boa indução” e de “indução com o objetivo de não mais ser necessária” – a forma como o Governo do Estado de Minas Gerais incentivou a criação de Associações Microrregionais não se destaca. Basta ver o desinteresse dos prefeitos pelas AMs – que seria total se não fosse pelo Promoto –, assim como o fato de que os pedidos de recursos estaduais por parte de prefeitos e representantes de AMs dominam o diálogo entre essas partes há, no mínimo, mais de uma década⁷⁴. As Associações Microrregionais mineiras não evoluíram por conta própria e continuam visceralmente dependentes de recursos estaduais para se desenvolverem, o que nos leva à conclusão de que a política de indução ao associativismo municipal desenvolvida pelo governo estadual mineiro nos anos 1970 e 1980 foi bastante falha. Assim, temos que uma indução incompleta leva a um associativismo incompleto⁷⁵.

Devemos manter sempre em primeiro plano, quando formos tratar do período de surgimento dos consórcios intermunicipais de saúde, a conclusão a que chegamos no parágrafo acima. Ela enriquece nosso arcabouço de análise das políticas de indução – do qual já faz parte a

74 Prodemu (1991a, 1991b, 1991c), Penna (1997) e Carvalho (1997-98) tratam do assunto das mais variadas formas. Convém citar também a Reunião das Associações Microrregionais de Minas Gerais, realizada em Belo Horizonte (24 e 25 de agosto de 2006), da qual participou esse autor, podendo perceber que os pedidos de “mais indução” estadual ainda dominam totalmente o debate em torno das AMs.

75 Vale destacar que no caso dos CIS, que veremos a seguir, houve evolução da associação intermunicipal a partir do momento em que cessou a indução estadual. Isso pode ser explicado pelo fato de os CIS constituírem uma “segunda geração” de associacionismo municipal mineiro, que se beneficiou, por isso, não apenas da política de indução estadual, mas também da experiência passada de associativismo, representada pelas Associações Microrregionais. Trata-se, enfim, da figura da “escada”, usada já nesse trabalho para tratar da relação entre indução estadual e desenvolvimento do associativismo intermunicipal em Minas Gerais.

perspectiva da evolução “em escada” –, porém não o completa. Para tanto, falta expor a idéia de que cada experiência associacionista que se leva a cabo, necessita de um nível de indução um pouco menor do que necessitaria se a experiência anterior não tivesse se concretizado. Permanecendo na figura da “escada”, é como se os degraus superiores fossem sucessivamente menores em altura, de forma que o impulso necessário para galgá-los seria cada vez menor. É impossível mensurar, como se faz na Física, a “quantidade de impulso” necessária para se vencer cada obstáculo, mas a afirmação que fazemos decorre de considerações lógicas: o grau de desconfiança entre os prefeitos – uma variável que permeia a todas as áreas das políticas públicas – é significativamente menor quando os atores já cooperam, do que quando não existe essa prática estabelecida; o compromisso entre os atores em uma área de atuação tende a servir de garantia para a cooperação em outros setores; e a estrutura de cooperação já existente serve de base institucional para a construção de outras instâncias de associacionismo.

A relação entre a estrutura operacional das associações já existentes e a formação de novas associações cooperativas parece estar bem evidente no caso mineiro. Mesmo em se tratando de uma política de indução que não fazia qualquer referência explícita às Associações Microrregionais (e que colocava pouquíssimas limitações aos municípios no que tange aos critérios de agregação adotados por esses), o fomento estadual à criação de consórcios intermunicipais de saúde gerou uma rede de associações bastante coincidente com a estrutura de AM's em atividade no estado. De um total de 40 AMs (ALEMG, 2006) e 64 CIS⁷⁶ (COSECS, 2004), temos que: 20 CIS possuem todos os seus membros associados a uma mesma AM; 17 CIS têm todos os seus membros que são ligados a AMs, vinculados à mesma Associação Microrregional; e 10 CIS nos quais mais de 80% dos membros fazem parte de uma mesma AM. No total, 47 dos 64 CIS (73,43%) possuem bases territoriais que coincidem fortemente com as áreas de abrangência de Associações Microrregionais, o que tem significado bastante forte por se tratarem de dois tipos de associações de participação voluntária.

A influência exercida pelas AMs na configuração territorial dos CIS ganha mais peso quando levamos em conta outro fator, de ordem técnica, que está envolvido na reunião de municípios para a constituição de consórcios de saúde: a forma de regionalização adotada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Com o objetivo de racionalizar o funcionamento

⁷⁶ Dados relativos às AMs referem-se ao ano de 2006, enquanto que os que tratam dos CIS foram retirados do levantamento mais recente do setor, realizado em 2004.

da estrutura de saúde presente no estado, a SES/MG divide Minas Gerais em 13 macrorregiões, que por sua vez são compostas de 75 microrregiões⁷⁷, o que estabelece unidades territoriais auto-suficientes em cada um dos níveis de atenção definidos pelo SUS.

Os municípios das mesmas microrregiões, assim, necessariamente mantém relações próximas, uma vez que o funcionamento dessas implica reuniões periódicas entre os secretários municipais de saúde, além dos contatos decorrentes do trabalho cotidiano. Quando a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais levou a cabo sua política de incentivo à criação de CIS – mesmo que não houvesse nessa qualquer elemento que levasse os municípios a se unirem ao longo das linhas definidoras da macrorregião – os contatos com os municípios eram feitos através de reuniões nas sedes microrregionais (COELHO e VELOSO, 1997), que contavam com a presença dos membros dessas. Assim, há dois elementos – as AMs e as microrregiões de saúde – que influíram significativamente na definição de quais municípios dariam origem a quais CIS, mesmo não se tratando de elementos constituintes da estratégia estadual de indução à criação de CIS. O resultado disso foi que, dos 64 CIS existentes em 2004, 23 eram formados por municípios de uma mesma microrregião de saúde, assim como 22 tinham mais de 80% de seus municípios-membros como integrantes da mesma microrregião. Usando os mesmos critérios aplicados na avaliação das AMs, temos que 70,31% (45 em 64) dos CIS apresentam forte correlação com o esquema de regionalização adotado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Dessa forma, podemos concluir que as Associações Microrregionais (fruto de política de indução, porém em nada relacionadas com a formação e atividades dos CIS) influíram de forma mais decisiva na configuração territorial dos consórcios intermunicipais de saúde do que a divisão funcional do estado em microrregiões de saúde (que não é fruto de política de indução, porém bastante ligada ao processo de criação dos CIS). A relação entre as AMs e os CIS é de 73,43% de coincidência entre seus respectivos membros, enquanto que a relação entre as microrregiões de saúde e os CIS é de 70,31% de coincidência, números que, vistos isoladamente não indicam grande discrepância. Ocorre que, via de regra, as Associações Microrregionais não desempenharam qualquer papel na formação dos CIS, pois funcionavam já há bastante tempo

⁷⁷ Há também, compondo esse esquema de regionalização, os módulos, que são unidades ainda menores que as microrregiões e que perfazem um total de 280 em todo o estado. Tais unidades, entretanto, têm pouco significado para o presente trabalho, uma vez que comumente reúnem poucos municípios limítrofes, quando não são constituídos apenas do município-sede. Como o objetivo dos módulos é prover a mais básica atenção à saúde, por definição eles não podem envolver muitos municípios, nem levar os pacientes a se deslocarem por grandes distâncias.

apenas como “prestadoras de serviços” de engenharia, e assim não deveriam ter influenciado na forma de aglomeração das cidades em torno dos consórcios que se criavam. Já as microrregiões de saúde foram o cenário por excelência onde se deu a relação entre municípios e governo estadual, a interface na qual a política de indução tomou forma física, foi implementada. Era de se esperar que não apenas a coincidência entre microrregiões de saúde e CIS fosse maior, como que os consórcios que se formavam seguissem mais as linhas de uma instância técnica ligada à área da saúde do que as de associações ligadas a outra área da ação estatal, desprestigiadas pelo governo estadual, e com recursos orçamentários muito limitados, como são as AMs.

Levando o exposto acima em conta, podemos ver que os 3,12% de vantagem que as AMs levam sobre as microrregiões de saúde no que tange ao quesito “influência sobre a configuração territorial dos CIS” têm um peso muito maior do que a visão fria dos números pode indicar⁷⁸. Tal diferença nos mostra que a política de indução ao associativismo municipal praticada nas décadas de 1970 e 1980, através da criação das Associações Microrregionais, teve seus efeitos continuados ao longo do tempo, a ponto de exercer considerável influência sobre outra política de indução ao associativismo intermunicipal, a que deu origem aos CIS na década de 1990. Fundamentamos, assim, de maneira mais consistente, a perspectiva de que o associativismo intermunicipal avança em “degraus progressivamente menores”, porque a presente análise nos permitiu ver que: por menos apoiada que tivesse sido, a cooperação intermunicipal representada pela criação das AMs permaneceu no tempo; por mais distante da realidade da saúde pública que seja o universo das AMs, essas tiveram um papel mais importante na configuração da nova geração de associações intermunicipais do que a própria estrutura técnica de funcionamento do setor de saúde do estado de Minas Gerais; em poucas palavras, a indução passada não se “perdeu”, e ajudou na efetivação da indução mais recente. Acreditamos, no contexto do presente trabalho, que o efeito da política de indução está fortemente relacionado com as medidas tomadas pelo governo estadual para incentivar os municípios a se associarem. Mais especificamente, políticas de indução que são caracterizadas pela cessão de patrimônio de alto valor – e custo de manutenção – à instância intermunicipal tendem a fazer efeito enquanto esse patrimônio

⁷⁸ As correlações entre CIS e AMs e entre CIS e microrregiões de saúde ganham mais significado quando fazemos o cruzamento entre os grupos de membros das Associações Microrregionais e das microrregiões de saúde. De um total de 40 AMs, apenas duas são compostas por municípios de uma mesma microrregião de saúde, e 12 têm mais de 80% de seus membros participando de uma mesma microrregião de saúde; ou seja, 35% das AMs estão fortemente relacionadas com as microrregiões de saúde. Assim, fica descartada a hipótese de que uma forte coincidência entre os membros de AMs e de microrregiões de saúde produzisse também números semelhantes quando esses dois grupos fossem confrontados, em separado, com os conjuntos de membros dos CIS.

permanecer inacessível aos municípios isoladamente. Em poucas palavras, a política estadual de indução tem efeito enquanto for atrativo aos municípios o patrimônio cedido pelo governo estadual à associação criada.

Quanto à política estadual de incentivo à formação de CIS propriamente dita, destaca-se sua simplicidade institucional. Lima e Pastrana (2000a), que avaliam o surgimento e crescimento dos CIS em Minas Gerais, não fazem referência a qualquer plano, estruturado por parte da SES/MG, que tenha servido de base para a implementação da política de incentivo à criação de consórcios de saúde que foi levada a cabo entre 1995 e 1998. Da mesma maneira, o próprio Secretário de Estado de Saúde à época – José Rafael Guerra, pioneiro na articulação de CIS em Minas Gerais desde 1993, antes mesmo de exercer função pública – em texto de 1997 (COELHO e VELOSO, 1997), não faz qualquer referência a plano ou programa que, elaborado pelos quadros técnicos da administração estadual, tenha sido publicado, tornando claros os objetivos, métodos e metas consideradas pela SES/MG ao incentivar a criação dos consórcios intermunicipais de saúde⁷⁹. No relatório de Lima e Pastrana (2000a), são destacados apenas os recursos cedidos com o objetivo de custear o investimento inicial, que deu origem aos CIS:

(...) Os recursos foram usados para a compra de veículos, reforma de hospitais filantrópicos, construção ou reforma de estrutura física para os consórcios, compra de equipamentos para apoio diagnóstico (estes cedidos a hospitais filantrópicos sendo alocados nas redes dos próprios consórcios), e aquisição de computadores.

Existem relatos de utilização destes recursos para o provimento de equipamentos de suporte visando a estruturação da rede básica de saúde nos municípios de pequeno porte, verificado principalmente na região do vale do Jequitinhonha. (...). (LIMA e PASTRANA, 2000 a, p. 12).

A forma diversificada – e, em alguns casos deturpada – como foram usados os recursos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais é sinal claro da fragilidade institucional da política de incentivo ao associativismo que deu origem à maior parte dos CIS mineiros. Ao que tudo indica, o acompanhamento aos consórcios se concentrava no processo de sua constituição formal (COELHO e VELOSO, 1997), provavelmente como forma de evitar fraudes. Apesar de haver em Minas Gerais, desde 1994, lei estadual (nº 11.618/94) que regulava a constituição dos consórcios, tornando obrigatória a existência de organismos de controle interno

⁷⁹ Minuciosa busca na biblioteca e no arquivo da sede da SES/MG, realizada por esse autor em agosto de 2006, também chegou a esse resultado. Consulta realizada no acervo da Fundação João Pinheiro também não obteve sucesso. Concluímos, assim, que provavelmente nunca existiu tal “programa” de incentivo aos CIS de forma estruturada, como nos moldes, por exemplo, do Prodemu.

nessas associações (MINAS GERAIS, 1994), a Administração Estadual que mais os incentivou e financiou (1995 – 1998) não previu mecanismos que acompanhassem a aplicação dada aos recursos destinados à implantação dos CIS. O envolvimento da SES/MG, assim, englobava poucos aspectos da formação e do funcionamento dos CIS, o que caracterizou a indução realizada como uma “indução eficaz” – de acordo com a designação estabelecida nesse capítulo –, principalmente se temos em vista os expressivos resultados obtidos na criação de CIS nesse período. Mesmo na ausência de uma política de “boa indução” à formação de consórcios, foram criados 66 consórcios durante a gestão de José Rafael Guerra na SES/MG, dos quais a maioria sobreviveu⁸⁰; tal pode ser justificado, também, pela grande demanda reprimida por serviços de saúde no interior de Minas Gerais⁸¹.

Quanto aos resultados qualitativos da política de indução aos CIS mineiros, esses merecem uma atenção especial. É fato que a Administração Itamar Franco (PMDB, 1999 – 2002) cessou os incentivos que vinham sendo concedidos aos CIS, inclusive retendo as parcelas restantes de recursos que haviam sido transferidos por etapas (LIMA e PASTRANA, 2000a). Mesmo assim, a grande maioria dos CIS sobreviveu, adotando práticas que não faziam parte do receituário inicial indicado pela SES/MG (COELHO e VELOSO, 1997), como a compra de serviços junto à iniciativa privada. Isso indica, com certeza, o envolvimento dos governos locais nos consórcios, a ponto de dar a essas associações características locais próprias. Mas, diferentemente do exemplo cearense exposto por Tandler (1998), tal “independência” em relação à indução estadual não foi atingida graças a uma política de indução que tinha por objetivo a autonomia dos consórcios no futuro, até porque a política da SES/MG de indução à criação dos CIS foi informal e institucionalmente limitada. A “autonomia” dos CIS mineiros aconteceu, assim, de forma independente da ação de incentivo à sua criação por parte da SES/MG⁸².

⁸⁰ Lima e Pastrana (2000a) apontam para 70 CIS em funcionamento nos primeiros meses de 2000, enquanto que o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais mostra que, quatro anos depois, 64 ainda permaneciam ativos (COSECS, 2004).

⁸¹ Um programa bem estruturado de incentivo à criação de CIS – enfim, a “boa indução”, que envolvesse vários setores do Poder Público e da sociedade civil – talvez tivesse logrado obter resultados ainda mais abrangentes, cobrindo regiões mineiras nas quais os consórcios tiveram baixa aceitação (Nordeste e Alto Paranaíba) (LIMA e PASTRANA, 2000a) e, quiçá, até realizado o objetivo que José Rafael Guerra Pinto Coelho tornou público em texto de 1997, de envolver todos os municípios do estado na rede de consórcios intermunicipais de saúde (COELHO e VELOSO, 1997).

⁸² Podemos perceber parcialmente o que o governo estadual previa para o futuro dos CIS a partir de exposição feita por José Rafael Guerra em texto de 1997 (COELHO e VELOSO, 1997). Nesse, o tema dos CIS é tratado juntamente com o da melhoria das condições de funcionamento do SUS, como se as duas instâncias em questão fossem uma só.

Podemos reputá-la, provisoriamente, a três fatores: à grande carência dos municípios do interior mineiro no que tange a serviços de saúde pública; à expressiva sensibilidade do eleitorado dos pequenos municípios à oferta de serviços de saúde, o que torna bastante custoso aos prefeitos – sobretudo após o advento da reeleição – a interrupção da oferta desses serviços tão valorizados pelo povo; e, por fim, à já citada experiência prévia de associativismo intermunicipal – representada pelas AMs – , que forneceu bases institucionais e políticas para que os CIS não se retraíssem frente ao fim dos incentivos estaduais, passando a buscar alternativas de sobrevivência por conta própria.

Assim, tendo realizado uma análise dos CIS mineiros no que tange a seus aspectos estruturais, passemos agora para a abordagem detalhada dos dois consórcios intermunicipais de saúde que figuram como objeto de atenção especial do presente trabalho.

Assim, somos levados a supor que o objetivo da SES/MG, ao incentivar a criação de CIS entre 1995 e 1998, era o de dar origem a uma rede de associações prestadoras de serviços de saúde, conveniadas ao SUS, e parcialmente financiadas pelas administrações municipais, tal como o modelo que acabou se concretizando nos estados do Rio de Janeiro (SCHNEIDER, 2001; SCHNEIDER, 2005) e Paraná (BERTONE, 1996; KEINERT e ROSA, 2001; CARDONI JR, COSTA e NICOLETTO, 2005).

3. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO ALTO RIO GRANDE

3.1 A criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande (CIS MARG) tem a maior parte de seu processo de surgimento e desenvolvimento ligado a duas instituições específicas: a Fundação Lucas Machado (FELUMA, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, ambas sediadas em Belo Horizonte) e o Hospital São Sebastião (localizado no município de Santo Antônio do Amparo). Hoje desvinculado de ambas, o CIS MARG contou com a FELUMA como seu principal suporte institucional e administrativo durante seus seis anos iniciais de existência (de 1993 a 1999), marcando uma relação íntima que também incluía o Hospital São Sebastião como parte mais importante da estrutura de prestação de serviços do consórcio ao longo deste período. Por mais que, desde 1999, as administrações municipais participantes do CIS MARG tenham assumido o controle total das funções do consórcio, não há como subestimar a importância da FELUMA e do Hospital São Sebastião para a formação do CIS MARG e, indiretamente, para a consolidação da política de indução à formação de consórcios de saúde levada a cabo pelo Governo do Estado de Minas Gerais entre 1995 e 1998.

Em 1992 é concluído o processo de reforma e ampliação do Hospital São Sebastião, que havia sido construído na década de 1940 e que vinha funcionando como policlínica desde então⁸³. A partir de sua nova estrutura física, o hospital é transformado em “hospital universitário” em 1992, passando a abrigar o curso de residência médica (especialidade de “Medicina Coletiva”) coordenado pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), mantida pela FELUMA. A instalação do referido curso é resultado da implementação de uma reforma curricular realizada na FCM-MG no final dos anos 1980 que buscava, principalmente, aproximar

⁸³ Frente à impossibilidade de aprofundar as pesquisas neste sentido, convém aqui apenas registrar o seguinte fato: a reforma e ampliação do Hospital São Sebastião se deu durante a gestão como governador de Hélio Carvalho Garcia (PRS, 1991 - 1994), nascido e atualmente residente no município de Santo Antônio do Amparo.

essa instituição de ensino da população mineira através da interiorização de suas atividades (FJP, 1996).

A inauguração do Hospital Universitário – municipal e integrado ao Sistema Único de Saúde – concentrou em Santo Antônio do Amparo considerável demanda por serviços de saúde, principalmente oriunda de outros municípios da região. É notório o exemplo do município de Campo Belo (um dos pólos da área considerada, inclusive em termos de saúde), que criou uma linha de ônibus para Santo Antônio do Amparo com o objetivo de facilitar o acesso de seus cidadãos ao Hospital Universitário São Sebastião. Rapidamente, o hospital se torna deficitário, pois a maioria absoluta de seus atendimentos se dava pelo SUS, ao mesmo tempo em que seu quadro de funcionários teve de ser ampliado para tornar possível o atendimento de todos os que se dirigiam a ele (um hotel da cidade chegou a ser convertido em alojamento para os médicos contratados).

Frente à inviabilidade financeira de tal situação, parte da FELUMA e alguns dos médicos do Hospital Universitário passam a defender a criação um mecanismo de financiamento coletivo da estrutura de saúde instalada em Santo Antônio do Amparo. A alternativa a tal proposta era o fechamento do Hospital Universitário por falta de recursos, algo que afetaria todos os municípios da região. Contava a favor da FELUMA a experiência – datada de quatro meses antes, portanto ainda recente – de instalação de um CIS, em situação bastante semelhante, a partir de hospital universitário localizado na cidade de Moema⁸⁴. Dessa forma, juntamente com o Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio do Amparo, alguns profissionais do Hospital Universitário e da FELUMA percorreram – durante o primeiro semestre de 1993 – os municípios que mais enviavam pacientes para a nova estrutura de saúde e expuseram a seus governantes as duas opções disponíveis para o setor de saúde: financiamento conjunto ou fechamento do novo hospital⁸⁵.

Como resultado, em julho de 1993 é realizada no município de Lavras a primeira reunião entre prefeitos, secretários municipais de saúde e técnicos da FELUMA – além do representante regional da Secretaria de Estado da Saúde, sediado na cidade de Varginha – com o objetivo de

⁸⁴ Situada na região do Alto Rio São Francisco, Minas Gerais, 194 quilômetros a oeste de Santo Antônio do Amparo.

⁸⁵ É neste ponto que ganha destaque a figura de José Rafael Guerra Pinto Coelho, diretor da FELUMA e figura central do processo de mobilização dos municípios (Entrevista 2, 2004; Entrevista 4, 2004; Entrevista 5, 2004). Posteriormente, Rafael Guerra foi nomeado Secretário de Estado da Saúde pelo governador Eduardo Azeredo (PSDB, 1995 – 1998), sendo o responsável pela política estadual de incentivo à criação de CIS, já tratada no presente trabalho (principalmente no capítulo 2).

estruturar o consórcio intermunicipal de saúde da região⁸⁶. Foi escolhido um presidente – o prefeito do município de Cristais, de formação médica – e estabelecido um cronograma para a formulação do estatuto e do regimento interno da associação nascente (FJP, 1996). Ainda em julho de 1993 é realizada a segunda reunião do CIS MARG – novamente em Lavras –, na qual foi tomada uma decisão bastante significativa: seria utilizada a estrutura administrativa da AMALG (Associação Microrregional do Alto Rio Grande, sediada em Lavras) durante o processo de instituição do consórcio. De fato, o apoio dado pela AMALG ao CIS MARG foi essencial para a estruturação desse (o consórcio funcionou até 1996 nas sede da AMALG), mas o que há de mais significativo nessa parceria é o fato de que uma associação originária da “primeira onda” de incentivo estadual ao associativismo serviu de apoio decisivo para que se desse início – de forma embrionária – à “segunda onda” de criação de associações intermunicipais. Como dito no capítulo 2 do presente trabalho, a política de incentivo estadual ao associativismo que levou à criação das Associações Microrregionais (AMs) foi o ponto de partida para a constituição dos CIS. Por mais que não tenha existido vinculação direta entre as duas formas de associação intermunicipal, as mais antigas serviram como referência imediata para os prefeitos que, diante da política estadual de incentivo (1995-1998), buscavam constituir consórcios intermunicipais de saúde. Nesse sentido, a significativa coincidência entre os grupos de membros de AMs e de CIS em toda Minas Gerais⁸⁷ nos permite afirmar que a relação de apoio inicial entre AMALG e CIS MARG pode ter sido reproduzida em outras regiões do estado ao longo da segunda metade dos anos 1990.

Transcorre um período de 11 meses até que, em junho de 1994, é registrado em cartório da cidade de Lavras o estatuto do CIS MARG, o que completa o processo de constituição do segundo CIS de Minas Gerais. Durante esse período, ocorreu a única contribuição do Governo Federal a consórcios intermunicipais de saúde mineiros de que tivemos registro durante a pesquisa para a elaboração do presente trabalho. Em audiência com o então Ministro da Saúde, Jamil Haddad, os prefeitos dos municípios que compunham o CIS MARG e o CIS ASF⁸⁸ obtiveram US\$ 600.000,00 para cada associação, que permitiram que fosse criada a UTI do

⁸⁶ Participaram desta reunião, e portanto são membros originais do CIS MARG, os seguintes municípios: Aguanil, Bom Sucesso, Campo Belo, Candeias, Cana Verde, Carmo da Cachoeira, Carmópolis de Minas, Carrancas, Cristais, Ibituruna, Ijaci, Ingaí, Itumirim, Lavras, Luminárias, Nepomuceno, Oliveira, Passa Tempo, Perdões, Ribeirão Vermelho, Santana do Jacaré, Santo Antônio do Amparo e São Francisco de Paula (FJP, 1996).

⁸⁷ Como exposto no capítulo 2, a correlação entre os membros de AMs e de CIS é de 73,43% em Minas Gerais.

⁸⁸ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio São Francisco, criado poucos meses antes do CIS MARG em região vizinha, a partir de trajetória semelhante à desse consórcio, e integrante da mesma iniciativa da FELUMA.

Hospital Universitário São Sebastião (ao custo de US\$ 250.000,00) e fosse instalado sistema informatizado integrando todas as secretarias municipais de saúde das cidades-membro do CIS MARG (US\$ 100.000,00)⁸⁹ (FJP, 1996).

O padrão de funcionamento do CIS MARG em seu momento inicial baseava-se principalmente na centralidade do Hospital Universitário São Sebastião, como prestador de serviços, e da FELUMA, como responsável pela gestão técnica e administrativa do hospital. Uma vez que os serviços do consórcio se concentravam no hospital, e esse era gerido pela FELUMA – por ser um “hospital universitário” –, o controle do CIS concentrou-se de forma significativa na instituição de caráter técnico que participou de sua criação (Entrevista 2, 2004; Entrevista 5, 2004).⁹⁰

A política estadual de indução à constituição de consórcios intermunicipais de saúde (1995 – 1998) permitiu que o CIS MARG obtivesse aparelhos para a realização de exames, que foram distribuídos pelos municípios-membro sem, contudo, alterar o destaque que vinha sendo dado ao Hospital Universitário São Sebastião dentro da estrutura de funcionamento do consórcio. Por isso, podemos qualificar o CIS MARG como um caso típico de consórcio “prestador de serviços” durante esse período, já que sua principal função era gerir uma complexa estrutura de prestação de serviços de saúde.

O período descrito até aqui compreende os anos de 1993 a 1997, durante os quais o CIS MARG era composto por seus 23 membros originais que, expostos no quadro abaixo, contribuía com o valor referente a 0,5% do repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)⁹¹:

⁸⁹ US\$250.000,00 tiveram de ser devolvidos pelo CIS MARG ao Ministério da Saúde, pois o consórcio não submeteu o projeto da Policlínica de Lavras dentro do prazo estipulado quando da liberação dos recursos (FJP, 1996).

⁹⁰ Pelo acordo vigente à época, 70% dos recursos arrecadados junto aos municípios eram destinados ao custeio do hospital, o que dá a dimensão aproximada da divisão de poderes vigente no CIS MARG durante seus primeiros anos de existência (FJP, 1996).

⁹¹ Em reunião realizada em 1996, os prefeitos dos municípios-membro do CIS MARG aprovaram a elevação de tal porcentagem para 1% do repasse mensal do FPM (FJP, 1996), índice que permaneceria até 2000. Nesse ano, foi elevada para 1,5% do FPM mensal a contribuição das prefeituras para o consórcio. Em 2005, entretanto, foi adotada a definição de um valor fixo mensal para cada município como forma de contribuição para o consórcio (Entrevista 1, 2004). Tal medida, mesmo que tomada tendo como base o valor aproximado das parcelas mensais calculadas sob a regra anterior, apresenta a grande vantagem de tornar mais previsível a arrecadação do consórcio, pois os repasses do FPM são variáveis de mês para mês. Mas a principal razão da adoção dessa nova metodologia de cálculo das contribuições foi a vedação de indexação do FPM a despesas específicas, contida na Lei Federal 11.107/05, que regulamenta os consórcios públicos no Brasil (Entrevista 12, 2006).

Quadro 3.1: Membros originais do CIS MARG:

Atualmente no CIS MARG	Atualmente em outro CIS
Aguanil	Carmo da Cachoeira
Bom Sucesso	Carrancas
Campo Belo	Ijaci
Candeias	Ingaí
Cana Verde	Itumirim
Carmópolis de Minas	Lavras
Cristais	Luminárias
Ibituruna	Nepomuceno
Oliveira	Ribeirão Vermelho
Passa Tempo	
Perdões	
Santana do Jacaré	
Santo Antônio do Amparo	
São Francisco de Paula	

Fonte: Elaboração do autor a partir de FJP (1996), COSECS (2004) e Entrevista 1 (2006).

Em relatório de 1996, a Fundação João Pinheiro (FJP, 1996) afirmava estar em curso um processo de reforma da estrutura do CIS MARG – a ser colocado em prática no ano seguinte – que incluía a transferência da sede do consórcio da cidade de Lavras (das dependências da sede da AMALG, presidida em 1996 pela prefeita municipal de Lavras) para sede própria em Santo Antônio do Amparo (onde se encontrava o Hospital Universitário São Sebastião). Tal medida marca o início de um complexo processo de mudança, que se estende de 1997 a 2000.

Em julho de 1997 é oficializada a saída da cidade de Lavras do CIS MARG. Assim, o consórcio perde seu maior membro em termos de população, arrecadação e, sobretudo, detentor da maior estrutura de saúde privada da região do CIS. Fatores de ordem técnica e política motivaram o desligamento de Lavras do CIS MARG. A proporção na qual cada um desses fatores contribuiu para o fato em questão será tratado no capítulo 4, pois está diretamente relacionada com o processo de formação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras (CIS LAV), criado em 1999 – 2000 e também objeto de estudo do presente trabalho. Vale a pena destacar a questão das relações entre os municípios-membro do CIS MARG, principalmente entre as maiores cidades, que constituem pólos de poder potencialmente antagônicos no interior do consórcio. Assim, ganha crucial importância o fato de que o CIS MARG se caracterizava pela prestação de serviços principalmente na estrutura localizada em

Santo Antônio do Amparo. Assim, para um prefeito de Lavras⁹² poderia parecer um contra-senso – capaz de render prejuízos político-eleitorais – levar os habitantes da maior cidade do consórcio (detentora da maior rede de saúde da região, mesmo que privada e com mais de 80.000 habitantes) para receberem atendimento a 53 quilômetros de distância, em uma cidade com pouco mais de 10.000 habitantes como Santo Antônio do Amparo⁹³. Em outras palavras, a coexistência com outro “centro de poder” – Santo Antônio do Amparo, com sua importante estrutura de saúde pública – pode ter se tornado inconveniente para o município de Lavras: além de obrigar seus cidadãos a deslocamentos em busca de serviços de saúde – pouco toleráveis para os habitantes da cidade-pólo –, também o controle que Lavras exercia sobre o CIS vinha sendo contestado pelos outros municípios-membro e pelo órgão técnico envolvido em sua gestão (prova disso é o planejamento para a transferência da sede do CIS MARG para Santo Antônio do Amparo, feito em 1996) (FJP, 1996). Assim, ocorre a cisão que deu origem ao CIS LAV (objeto de estudo do capítulo seguinte do presente trabalho) alguns anos depois.

O processo de mudança do CIS MARG prossegue, principalmente a partir de 1999, quando o consórcio entra em grave crise financeira. Referência constante nas entrevistas que tratavam do CIS MARG (Entrevista 2, 2004; Entrevista 5, 2004; Entrevista 6, 2004), a crise financeira estava relacionada com a responsabilidade de o consórcio financiar o Hospital São Sebastião e, mais especificamente, com a grande quantidade de funcionários (110 no total, sendo boa parte deles médicos) contratados pela FELUMA – porém em nome do CIS MARG – de forma estável para trabalharem nesse hospital (Entrevista 2, 2004). A impossibilidade de continuar mantendo tal estrutura de pessoal levou à demissão de sua grande maioria, o que, pela falta de recursos reinante, culminou em uma dívida de cerca de R\$ 1.700.000,00⁹⁴ (Entrevista 2, 2004) e na decisão dos municípios consorciados de assumirem o controle completo do CIS

⁹² Deve ser dito que a partir de janeiro de 1997 todas as cidades já contavam com novos prefeitos, eleitos em 1996, quando ainda não se aplicava a regra da reeleição. Em Lavras, assume prefeito que vinha fazendo oposição à administração responsável pela criação do CIS MARG.

⁹³ Nesse sentido, contribui novamente o relatório produzido pela Fundação João Pinheiro em 1996 (FJP, 1996). Este apontava, como uma das vantagens com as quais o CIS MARG poderia contar por ter sua sede em Lavras, a facilidade para o consórcio “comprar serviços” da rede privada de saúde do município, e assim diversificar a oferta desses sem necessidade de grandes custos para investimentos em estrutura. Tal possibilidade não chegou a ser concretizada em grande escala, porém sua inserção no planejamento do CIS MARG é mostra do desejo de Lavras desempenhar um papel mais ativo na execução das funções características do consórcio, algo difícil de ser realizado devido ao papel central reservado à “prestação” – direta – de serviços e ao Hospital São Sebastião dentro da estrutura do CIS.

⁹⁴ Do total devido, cerca de R\$ 1.100.000,00 tinham o INSS como credor, enquanto R\$ 600.000,00 correspondiam a dívidas trabalhistas (R\$ 400.000,00 referentes apenas aos médicos que haviam sido demitidos) (Entrevista 2, 2004).

MARG, o que encerrou a relação com a FELUMA. A situação desesperadora em que se encontravam as contas do CIS MARG era agravada por uma dinâmica que domina o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde: uma vez que a associação intermunicipal não possui poder para evitar a saída de seus membros (afinal, é apenas uma “associação civil de direito privado interno”, não podendo impedir a ação de um ente federado soberano), e os instrumentos jurídicos disponíveis para a cobrança de eventuais dívidas municipais para com o consórcio demoram anos a dar resultado, sobrepõem-se os incentivos para que os membros do CIS se comportem de maneira irresponsável, se retirando do consórcio sem honrar seus compromissos. De acordo com essa lógica, a saída de um município tende a precipitar a saída de outros, já que isso implica repartição das despesas – e dívidas – do CIS entre um número menor de membros. Assim, a cisão iniciada por Lavras em 1997 (e continuada pela cidade de Itumirim em 1998, sob condições pouco claras) se aprofundou no ano de 2000: em um mesmo dia, 26 de janeiro, retiraram-se do CIS MARG os municípios de Carrancas, Ijaci e Ingaí, em março Luminárias, em agosto desligam-se as cidades de Ribeirão Vermelho e Nepomuceno (Entrevista 1, 2004). Ainda no mesmo ano de 2000, todos estes municípios que haviam saído do CIS MARG já faziam parte do CIS LAV (exceto Nepomuceno, que se uniria ao CIS LAV em março de 2002), que será melhor estudado no capítulo seguinte.

O processo de reestruturação do CIS MARG se dá, assim, a partir de uma base territorial bem mais reduzida, sendo marcado também pelo desligamento do Hospital São Sebastião (que em 2001 deixaria de oferecer curso de residência médica, perdendo a condição de “hospital universitário” e voltando a ser de competência única da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Amparo) de sua estrutura de atendimento. Os aparelhos cedidos pelo Governo do Estado permaneceram na estrutura do CIS MARG, constituindo o cerne da estrutura própria de prestação de serviços do consórcio. Consultas médicas passaram a ser oferecidas através da contratação de profissionais em regime “pro labore”, ou seja, com vínculo trabalhista por tempo determinado (em média, um ano) e remunerados de acordo com uma quantidade pré-definida de serviços prestados (15 consultas por dia), o que representou um pequeno passo em direção ao modelo de “compra de serviços” de saúde por parte da estrutura do CIS MARG. A partir dessa reduzida estrutura própria de “prestação de serviços”, o CIS MARG equilibrou suas contas, negociou o parcelamento de suas dívidas e encontrou uma fórmula financeira viável para seu funcionamento.

Assim como o período de crise (1999 – 2000) fez com que o CIS MARG perdesse membros, sua reestruturação atraiu novos municípios: em 2003 passa integrar o consórcio o município de Itapecerica e em 2005 o de Carmo da Mata, ambos ex-membros do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CIS VI). O que tem atraído novos municípios para o CIS MARG é o funcionamento regular de sua estrutura de “prestação de serviços” de saúde que, apesar de oferecer quantidades relativamente pequenas de consultas e exames em relação à demanda total desses municípios, o faz a partir de um custo extremamente baixo para as prefeituras e de forma descentralizada pelo território do consórcio⁹⁵.

A partir de entrevistas realizadas para o presente trabalho em 2004 (Entrevista 2, 2004; Entrevista 4, 2004) e em 2006 (Entrevista 12, 2006; Entrevista 13, 2006), puderam ser identificadas as linhas gerais do planejamento do CIS MARG para os próximos anos. A tendência predominante entre os membros do consórcio é a de buscar o credenciamento do CIS junto ao SUS, equiparado à rede privada conveniada que atualmente presta serviços ao Sistema Único de Saúde. A principal vantagem seria a de disponibilizar uma série de serviços de saúde – principalmente os exames – que seriam remunerados com recursos do SUS, e não apenas dos orçamentos das prefeituras municipais⁹⁶. A oferta de serviços de saúde seria ampliada, o uso da aparelhagem do CIS seria otimizado pela maior utilização (o que reduziria as despesas do consórcio), isso sem fazer com que os membros do CIS MARG tivessem que fazer qualquer desembolso de recursos, já que o SUS remuneraria o consórcio pelos serviços prestados como se se tratasse de entidade privada. Tal aproximação entre CIS e SUS – comum em outros estados da Federação, como pôde ser visto no capítulo 2 – possui uma lógica financeira que, sem dúvida, é bastante atraente para o consórcio como um todo, assim como para seus municípios de forma isolada. Entretanto, ela submeteria o funcionamento do CIS MARG – em parte – às condições e

⁹⁵ A questão da descentralização dos serviços oferecidos pelo CIS MARG será abordada com mais detalhe ainda no presente capítulo. Quanto à relação custo/benefício da participação no CIS MARG para seus membros, deve ser dito que o valor da contribuição dos municípios de menor porte do consórcio variava – em abril de 2006 – entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.500,00, o que dava direito a cada pequena cidade fazer uso de um total de 64 procedimentos de saúde, entre exames e consultas (Entrevista 18, 2006; Entrevista 19, 2006; Entrevista 20, 2006; Entrevista 21, 2006).

⁹⁶ Tendo em mente que os recursos que se destinam ao CIS não se originam no orçamento específico da área de saúde das prefeituras, deve ser destacado aqui que o alto custo dos materiais utilizados na realização de certos exames faz com que seja comum a sub-utilização dos equipamentos de propriedade do CIS MARG. Um objetivo comum tanto a secretários municipais de saúde da região quanto da administração do CIS tem sido o de buscar formas de se fazer com que a aparelhagem do CIS MARG seja utilizada ao máximo. Assim, os custos fixos relacionados a esses equipamentos seriam diluídos ao longo de um número maior de exames. A habilitação ao SUS, dessa forma, contribuiria para a realização desta meta.

regulamentos do SUS, o que significa a perda de poder das prefeituras no interior da associação intermunicipal.

Em entrevista realizada com profissional da área de saúde da região (Entrevista 14, 2006), foi exposta análise bastante interessante a respeito do funcionamento do CIS MARG e da implantação do SUS na região. De acordo com esse ponto de vista, o CIS MARG desempenhou em sua primeira década o importante papel de viabilizar o acesso dos municípios da região a serviços de saúde ainda indisponíveis localmente, sendo antes necessários custosos deslocamentos a grandes centros urbanos. Neste contexto de carência geral, qualquer ajuda era bem-vinda, sem importar a quantidade de serviços de saúde que fosse oferecida ou mesmo a fórmula institucional usada para fazê-lo. Após o desenvolvimento do SUS ocorrido ao longo da década de 1990, a situação dos municípios da região do Alto Rio Grande mudou, pois não apenas o acesso aos serviços de saúde passou a ser garantido aos pequenos municípios nos grandes centros⁹⁷, como também esse acesso foi interiorizado de forma significativa⁹⁸. Assim, a atuação dos consórcios – e do CIS MARG em particular, por ser um dos mais antigos de Minas Gerais – deveria ter sido modificado a partir dos primeiros anos da década de 2000, uma vez que as demandas sobre este tipo de associação também mudaram. Ao invés de oferecerem o único acesso a certos serviços de saúde, como no início dos anos 1990, os consórcios deveriam passar a atuar de maneira complementar à estrutura do SUS, que ganhou corpo nos últimos anos: oferecer quantidades suplementares dos serviços oferecidos pelo SUS (algo que chega a ocorrer de forma isolada em alguns municípios do CIS MARG, porém não como prática sistemática), utilizar a estrutura do consórcio em ações preventivas (já que o CIS não é mais o único fornecedor destes serviços, pode realizar funções que estão fora do alcance da estrutura do SUS como, por exemplo, campanhas de detecção precoce do câncer de mama) e empregar sua estrutura administrativa no auxílio ao planejamento e gestão das secretarias municipais de saúde dos municípios mais carentes (Entrevista 14, 2006).

Interessante perceber que, quando surgiu o CIS MARG, não se destacavam tanto para a população atendida os aspectos negativos de seu funcionamento (como, por exemplo, o tempo de espera pelo serviço necessitado, ou os deslocamentos necessários), mas sim o aspecto positivo

⁹⁷ Trata-se da Programação Pactuada Integrada (PPI), mecanismo de distribuição do direito ao uso do SUS entre os municípios de uma mesma microrregião de saúde, abordado no capítulo 2.

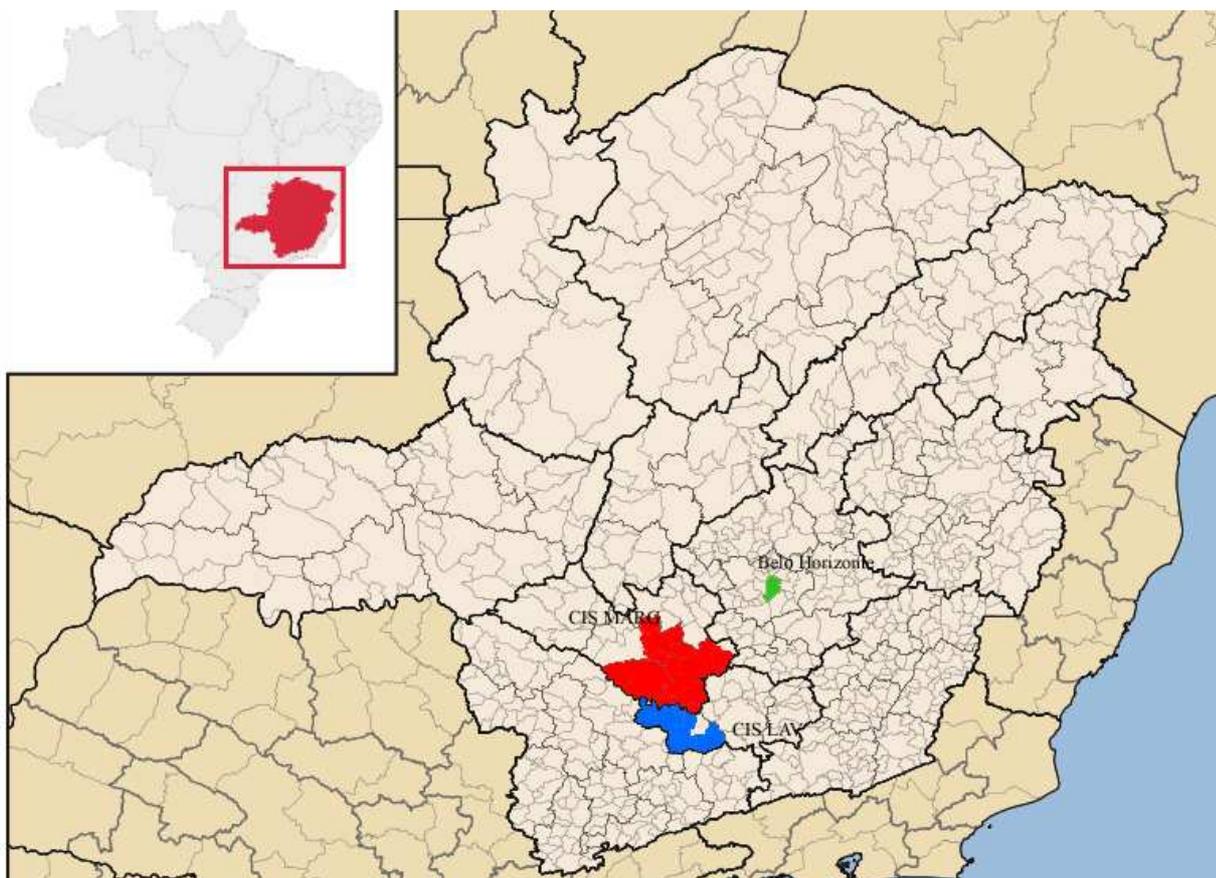
⁹⁸ A posse de um mesmo tipo de aparelho pelo consórcio e pela secretaria municipal de saúde, em uma mesma cidade, torna-se relativamente comum na área do CIS MARG. As conseqüências disto serão vistas mais tarde.

representado pelo fato de que o atendimento ia ser realizado na própria região. Hoje, entretanto, a prestação de serviços de saúde pública na própria região já não se constitui como grande vantagem para a população – devido à cotidianização do funcionamento do consórcio, assim como graças à expansão do SUS – e assim o tempo de espera e os deslocamentos passaram a incomodar muito mais do que antes, destacando os aspectos negativos da associação intermunicipal frente à população. É coerente com essa lógica o planejamento do CIS MARG para os próximos anos, pois objetiva aumentar a quantidade de serviços oferecidos pelo consórcio, e assim mantê-lo como fonte de prestígio político para os prefeitos dos municípios-membro frente a seus respectivos eleitorados. Não faz sentido, para os governantes municipais, contribuir para associações que são fonte de desgaste de seu prestígio político junto à população, de forma que a prestação de serviços de saúde adicionais pela estrutura do CIS – mesmo que custeada pelo SUS – provavelmente será creditada aos prefeitos participantes do consórcio. Assim, o foco de atuação do CIS MARG – a “prestação direta de serviços” de saúde, custeada unicamente pelas prefeituras ou complementado pela remuneração do SUS – deverá permanecer o mesmo que tem vigorado desde a reestruturação ocorrida a partir de crise de 1999 – 2000.

3.2 A região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande

A presente seção tem por objetivo apresentar um perfil geral da região onde se encontra o CIS MARG, assim como dos municípios que o compõem. Hoje, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande engloba hoje um total de 17 municípios que, contíguos, formam um território que se estende da fronteira da Região Metropolitana de Belo Horizonte às margens da Represa de Furnas, da Região Central à Região Sul de Minas Gerais, passando pela Centro-Oeste e pela Região dos Campos das Vertentes. Abaixo, a Figura 3.1, ilustrando a área de abrangência do CIS MARM, assim como do CIS LAV, objeto de estudo do próximo capítulo:

Figura 3.1: Localização do CIS MARG e do CIS LAV



Fonte: Elaboração do autor a partir de IBGE (2006).

A população total da área do CIS MARG – segundo estimativa do IBGE para junho de 2005 – é de 254.504 habitantes, distribuída por municípios com populações que variam de 52.107 habitantes em Campo Belo (maior cidade do CIS) a 2.870 habitantes em Ibituruna (a menor), sendo a média populacional de 14.970 habitantes por município consorciado.

A heterogeneidade existente entre os componentes deste grupo de cidades pode ser explicitada através de algumas comparações simples: a razão entre a população do maior e do menor município é de 18,1 (IBGE, 2006); a razão entre a maior e a menor receita orçamentária municipal – posições também ocupadas por Campo Belo e por Ibituruna, respectivamente – é de 8,9 (IPEA, 2006); por fim, vale apontar que a razão entre o maior PIB municipal (Campo Belo) e o menor (município de Camacho) é de 20,9 vezes (IPEA, 2006). Quatro municípios, dos 17 do consórcio, não contam com qualquer tipo de estabelecimento bancário⁹⁹ (IBGE, 2006), enquanto cinco cidades participantes do CIS MARG têm mais de 60% dos recursos disponíveis para suas administrações locais oriundos de repasses do FPM¹⁰⁰ (IBGE, 2006).

Em 16 dos municípios do CIS MARG a maior parcela da riqueza local é gerada pelo setor terciário da economia, sendo que em apenas uma cidade – Cristais – o setor primário ocupa essa posição de destaque (IPEA, 2006). Entretanto, em seis municípios o setor primário é responsável por mais de um terço da riqueza gerada localmente, e em 10 ele ocupa a segunda posição no ranking da composição do PIB municipal, o que mostra a importância das atividades extrativas e agropecuárias – sobretudo essas últimas – para a economia da maior parte das cidades que compõem o CIS MARG (IPEA, 2006). Ainda a respeito do PIB municipal – e já iniciando a discussão acerca dos pólos regionais que existem dentro do CIS – deve ser dito que as duas cidades mais ricas da região concentram 37,00% do conjunto da riqueza dos municípios do consórcio, sendo necessário reunir as 12 cidades menos ricas para compor 37,55% do PIB conjunto dessa área. Nesse sentido, temos claramente a definição de dois grupos distintos no interior do CIS MARG, no que tange à renda de seus componentes: o grupo dos dois municípios-pólo da região – mais ricos e populosos – que são Campo Belo e Oliveira, e o grupo dos seis menores e menos ricos (Camacho, Ibituruna, Santana do Jacaré, Aguanil, Cana Verde e São

⁹⁹ São eles: Aguanil, Camacho, Ibituruna e São Francisco de Paula (IBGE, 2006).

¹⁰⁰ O município de Ibituruna apresenta o maior nível de dependência em relação do FPM (79,62% do orçamento municipal), seguido por Camacho (76,37%), Cana Verde (63,87%), Aguanil (61,70%) e Santana do Jacaré (61,69%) (IPEA, 2006).

Francisco de Paula), que juntos produzem apenas 9,5% da riqueza da área do consórcio. No Quadro 3.2, logo abaixo, são expostos os principais dados sobre o conjunto dos municípios do CIS MARG, que juntos permitem a visualização geral dos aspectos de população, renda e finanças municipais discutidos nos parágrafos acima.

Quadro 3.2: Aspectos econômicos e financeiros dos municípios-membro do CIS MARG

	População	Participação no PIB total	Estabelecimentos bancários	Composição PIB			Participação do FPM na receita
				Primário	Secundário	Terciário	
Aguanil	3.791	1,81%	0	28,12%	6,60%	39,17%	61,70%
Bom Sucesso	17.435	6,09%	3	32,28%	12,14%	58,04%	49,81%
Camacho	3.357	1,04%	0	35,68%	9,62%	55,33%	76,37%
Campo Belo	52.107	21,92%	7	9,02%	33,20%	54,56%	29,79%
Cana Verde	5.703	2,04%	1	35,56%	15,16%	49,42%	63,87%
Candeias	14.995	4,59%	2	27,20%	15,20%	57,53%	50,66%
Carmo da Mata	10.506	3,81%	2	15,21%	27,88%	56,42%	43,21%
Carmópolis de Minas	14.795	5,82%	1	23,26%	24,64%	47,61%	50,52%
Cristais	9.942	4,44%	1	48,50%	8,59%	43,59%	40,34%
Ibituruna	2.870	1,18%	0	45,08%	6,10%	45,33%	79,62%
Itapeçerica	20.533	9,31%	4	17,77%	34,85%	51,49%	43,32%
Oliveira	40.400	15,08%	5	14,82%	22,12%	61,97%	33,65%
Passa Tempo	8.685	3,21%	1	21,08%	28,55%	50,05%	53,54%
Perdões	20.262	9,88%	4	19,08%	34,10%	50,44%	47,83%
Santana do Jacaré	4.766	1,44%	1	29,23%	15,49%	62,76%	61,69%
Santo Antônio do Amparo	17.585	6,26%	2	34,76%	14,21%	52,05%	37,58%
São Francisco de Paula	6.772	2,08%	0	33,95%	12,71%	52,31%	35,18%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de IBGE (2006) e IPEA (2006)¹⁰¹.

Do ponto de vista da estrutura educacional da região, repete-se a polarização encontrada na análise da distribuição de renda feita logo acima, principalmente no que tange aos níveis médio e superior de ensino. As instituições de ensino fundamental se encontram concentradas principalmente em seis cidades – 60,2% do total destes estabelecimentos de ensino se encontra

¹⁰¹ Dados populacionais referentes ao ano de 2005 (IBGE, 2006). Dados relativos ao PIB municipal referentes ao ano de 2003 (IPEA, 2006). Dados referentes aos estabelecimentos bancários referentes ao ano de 2004 (IBGE, 2006). Dados relativos à receita municipal referentes ao ano de 2003 (IBGE, 2006).

em Campo Belo, Candeias, Itapecerica, Oliveira, Perdões e Santo Antônio do Amparo – constituindo um grupo que engloba as quatro cidades mais ricas da região, e que abriga 61,40% das instituições estaduais de ensino fundamental¹⁰². Quanto ao ensino médio, este se encontra ainda mais concentrado, de forma que três cidades (Campo Belo, Oliveira e Itapecerica, respectivamente primeiro, segundo e quarto maiores PIBs municipais da região) reúnem 45,71% do total dos estabelecimentos da região: cerca de 1/3 das escolas estaduais e 2/3 das escolas privadas dedicadas ao ensino médio se localizam nesses três municípios. O ensino superior, entretanto, apresenta o quadro mais claro e concentrado: três instituições de ensino estão estabelecidas na região, uma delas na cidade de Campo Belo – maior PIB municipal – e duas em Oliveira – detentora da segunda maior renda da área do CIS MARG.

Assim, como veremos no Quadro 3.3, abaixo, configura-se um panorama no qual as duas cidades que apresentam maior população e renda na região são também aquelas que concentram infra-estrutura e recursos na área de educação, o que contribui para que Campo Belo e Oliveira se constituam como pólos da região do CIS MARG.

¹⁰² A utilização do número de instituições de ensino por município se justifica não apenas por indicar a quantidade de escolas por cidade, mas também a capacidade da administração municipal de descentralizar em seu território a estrutura de educação, aproximando-a dos alunos (sobretudo os das zonas rurais). A presença de apenas uma escola – mesmo que de proporções adequadas para a demanda da região – significa que todos os estudantes do município devem se deslocar diariamente até um mesmo estabelecimento, o que pode ser um problema para muitos alunos. Já a existência de mais escolas em um mesmo município indica que a prefeitura local arca com despesas adicionais (advindas dos custos fixos de funcionamento de cada escola) com o intuito de melhor distribuir no espaço sua rede de estabelecimentos escolares.

Quadro 3.3: Estrutura educacional dos municípios-membro do CIS MARG

	Fundamental				Médio				Superior		Total geral
	Total	Municipal	Estadual	Privada	Total	Mun.	Est.	Priv.	Total	Priv.	
Aguanil	4	3	1	0	1	0	1	0	0	0	5
Bom Sucesso	11	7	3	1	3	0	2	1	0	0	14
Camacho	6	5	1	0	1	0	1	0	0	0	7
Campo Belo	20	11	7	2	4	0	2	2	1	1	25
Cana Verde	9	7	2	0	1	0	1	0	0	0	10
Candeias	19	16	2	1	1	0	1	0	0	0	20
Carmo da Mata	8	7	1	0	1	0	1	0	0	0	9
Carmópolis de Minas	10	7	2	1	2	0	1	1	0	0	12
Cristais	8	6	1	1	1	0	1	0	0	0	9
Ibituruna	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Itapecerica	21	8	11	2	6	0	4	2	0	0	27
Oliveira	21	10	9	2	6	0	4	2	2	2	29
Passa Tempo	9	8	1	0	1	0	1	0	0	0	10
Perdões	19	11	5	3	3	0	2	1	0	0	22
Santana do Jacaré	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Santo Antônio do Amparo	17	8	8	1	1	0	1	0	0	0	18
São Francisco de Paula	7	6	1	0	1	0	1	0	0	0	8

Fonte: Elaboração do autor a partir de IBGE (2006).

A área da saúde, tal como as demais analisadas anteriormente, apresenta a concentração da rede de prestação de serviços em um pequeno número de cidades do CIS MARG. Entretanto, essa concentração é menos evidente, pois mesmo tendo a maior quantidade de estabelecimentos de saúde e de leitos para internação localizados nas cidades de maior população e renda, o número de municípios que contam com estrutura de saúde significativa é maior. Por exemplo, se as duas cidades que possuem a maior quantidade de leitos para internação – Campo Belo e Oliveira, respectivamente – abrigam 31,06% do total de leitos da área do consórcio, as três cidades subseqüentes dessa lista – Santo Antônio do Amparo, Itapecerica e Bom Sucesso – abrigam 30,89% dos leitos da região (IBGE, 2006). Por outro lado, seis municípios não possuem um leito sequer para internação, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 3.4: Total de leitos para internação nos municípios-membro do CIS MARG

	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde						
	Total	Público				Privado	
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	SUS
Aguanil	-	-	-	-	-	-	-
Bom Sucesso	51	-	-	-	-	51	51
Camacho	-	-	-	-	-	-	-
Campo Belo	91	-	-	-	-	91	91
Cana Verde	-	-	-	-	-	-	-
Candeias	23	-	-	-	-	23	23
Carmo da Mata	46	-	-	-	-	46	46
Carmópolis de Minas	38	-	-	-	-	38	38
Cristais	27	27	-	-	27	-	-
Ibituruna	-	-	-	-	-	-	-
Itapecerica	59	-	-	-	-	59	59
Oliveira	87	-	-	-	-	87	87
Passa Tempo	34	-	-	-	-	34	34
Perdões	50	-	-	-	-	50	50
Santana do Jacaré	-	-	-	-	-	-	-
Santo Antônio do Amparo	67	67	-	-	67	-	-
São Francisco de Paula	-	-	-	-	-	-	-
Total CIS	573	94	-	-	94	479	479

Fonte: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002 (IBGE, 2002).

Mais significativa, entretanto, do que a distribuição territorial da estrutura de saúde, por enquanto, é a análise das suas características básicas. Assim, é importante ter em mente que apenas duas cidades do CIS MARG oferecem leitos de internação em suas redes públicas – Santo Antônio do Amparo, onde se originou o consórcio, e Cristais –, sendo que nove outras possuem leitos disponíveis apenas na rede privada que atende ao SUS. O perfil privatista da estrutura de saúde da região é marcado pelo fato de que 83,50% dos leitos disponíveis para internação na área do CIS MARG são privados, e apenas 16,41% são de competência pública (mais especificamente, municipal).

Fica claro, após a exposição feita acima, o perfil nitidamente privatista da estrutura de saúde dos municípios que compõem o CIS MARG. Porém, o consórcio adota sistema de “prestação direta de serviços” praticamente em seu modelo puro, sendo a única exceção – relativa – a esse padrão de funcionamento a contratação de profissionais médicos em regime *pro labore* surge, então, a questão: uma vez que a região apresenta significativa estrutura de saúde privada,

por quê o CIS MARG não adotou o modelo – ou mesmo algumas de suas práticas – de consórcio “comprador de serviços”?

A resposta a esta questão nos remete à importância desempenhada pela indução do governo estadual no processo de constituição da cooperação intermunicipal. Como visto no capítulo 2 do presente trabalho, as Associações Microrregionais serviram como importantes apoios no processo de formação dos consórcios intermunicipais de saúde mineiros. Assim, a indução exercida pelo governo estadual nas décadas de 1970 e 1980 potencializou os efeitos da indução exercida por esse mesmo ator na década de 1990, que culminou na criação dos consórcios intermunicipais de saúde. Da mesma maneira, a forma como essa indução estadual se consubstanciou nos anos 1990 foi determinante para que os consórcios adquirissem certas características, que hoje lhes são centrais. Em ambas as políticas de indução consideradas, o elemento central da ação estadual era a cessão da infra-estrutura necessária para o desempenho da atividade-fim das associações em questão. Dessa forma, o incentivo fornecido pelo governo estadual determinava que a forma de ação das associações seria a “prestação de serviços”.

O surgimento do CIS MARG, antes de mais, se deu no bojo de um projeto específico da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, que buscava obter financiamento para o Hospital Universitário São Sebastião, de maneira que se tratava da criação de um “consórcio prestador de serviços” por definição. O sucesso do CIS MARG¹⁰³ consagrou o modelo de ação levado a cabo pela FELUMA, que por sua vez serviu de base para a política de indução à criação de consórcios intermunicipais de saúde que José Rafael Guerra – tornado Secretário de Estado da Saúde – implementou durante a Administração Eduardo Azeredo (PSDB, 1995 – 1998). Podemos, assim, afirmar que existem fortes indicações de que o caráter “prestador de serviços” imposto pela política de indução da SES/MG – através da cessão de aparelhagem para a realização de exames – tenha surgido dos primeiros dois CIS criados em Minas Gerais. A distribuição de recursos para a compra de equipamento e construção de instalações próprias, que marcou a política de incentivos à formação de CIS entre 1995 e 1998, teria por objetivo recriar – na medida do possível – as condições encontradas em Santo Antônio do Amparo nos anos de 1992 e 1993: rede predominantemente pública de saúde, sendo utilizada por habitantes de toda

¹⁰³ Assim como do CIS ASF (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco, surgido também da criação de “hospital universitário” por parte da FCM-MG (FJP, 1996).

uma região, e com possibilidade de melhorias de funcionamento a partir da criação de um mecanismo de financiamento que englobe o conjunto dos municípios próximos.

Podemos concluir, dessa forma, que a política estadual de indução à criação de CIS tinha um caráter fortemente “pró-prestação de serviços”, provavelmente adquirido durante a criação dos primeiros consórcios intermunicipais de saúde mineiros (um deles o CIS MARG). Dessa forma, a maior força a incentivar os municípios a se consorciarem também os direcionava – através da doação dos meios – para uma forma específica de constituição de consórcios e de fornecimento de serviços por parte desses. Apesar das características próprias da rede de saúde de cada região de Minas Gerais, a indução feita pelo governo estadual entre 1995 e 1998 levou os municípios a constituírem consórcios “prestadores de serviços”. A partir do momento em que a política de incentivo estadual aos consórcios deixou de existir (principalmente durante a Administração Itamar Franco, PMDB, de 1999 a 2002), e os municípios mineiros participantes de consórcios desejaram preservar tais instituições, saíram em busca de formas alternativas de diversificarem a gama de serviços oferecidos, e mesmo de aumentarem a quantidade de pessoas atendidas. Passam a ser desenvolvidos mecanismos de “compra de serviços” de saúde junto às redes privadas locais, de forma que as características próprias dessas passam a desempenhar papel significativo na determinação da forma de atuação dos consórcios intermunicipais de saúde. Parece possível, assim, sugerirmos uma hierarquia entre os fatores que mais influenciam os consórcios na definição de sua forma de atuação: primeiro a política estadual de indução (muitas vezes responsável pela própria criação do consórcio), e depois, subsidiariamente, o tipo de estrutura de saúde presente nos municípios que se consorciaram.

De volta à análise do CIS MARG, podemos então afirmar que esse consórcio sofreu forte influência tanto da forma como foi criado – em torno do Hospital São Sebastião – quanto das características intrínsecas da política estadual de indução à criação de CIS, ambas levando-o a assumir a forma de consórcio “prestador de serviços” (nenhum desses fatores esteve presente durante a criação do CIS LAV¹⁰⁴, típico consórcio “comprador de serviços”, que será abordado no capítulo a seguir). Assim, frente a uma presença tão marcante da política estadual de incentivo à criação de consórcios, a estrutura de saúde dos municípios-membro do CIS MARG – predominantemente privada – não influenciou na forma como se estrutura e funciona esse consórcio.

¹⁰⁴ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras.

3.3 Estrutura e serviços do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande é composto de três organismos básicos: o Conselho de Prefeitos, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde e a Secretaria Executiva (Entrevista 12, 2006). O Conselho de Prefeitos é a instância decisória mais importante do consórcio, responsável pela eleição de um de seus membros para a Presidência do CIS MARG (mandato de dois anos, prorrogável por mais dois em caso de reeleição) e, em reunião mensal, pela tomada das principais decisões relativas ao funcionamento geral do CIS. Já o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde também elege presidente, e em reunião analisa e vota as questões técnicas do consórcio. A Secretaria Executiva, composta de funcionários contratados pelo CIS, se encarrega da administração da associação intermunicipal e do desempenho das atividades-meio (Entrevista 12, 2006).

A forma de funcionamento da estrutura institucional do CIS MARG voltará a ser abordada mais adiante, no presente trabalho, quando for tratado o tema das relações entre atores políticos no interior do consórcio. Por enquanto, será exposta a estrutura de prestação de serviços que, em boa medida, se relaciona também com a questão das relações de poder entre prefeitos da área do CIS MARG.

Atualmente, são realizadas pelo CIS MARG seis diferentes exames em três cidades¹⁰⁵ (todos com equipamentos próprios) e são oferecidas consultas em seis especialidades médicas, realizadas em sete cidades-membro do CIS. O Quadro 3.5, logo abaixo, oferece um panorama completo dos serviços do CIS MARG:

¹⁰⁵ O exame de eletrocardiograma é oferecido em todas as 17 cidades do CIS MARG, pois requer aparelhagem de relativo baixo custo. Entretanto, tais aparelhos são cedidos pelo CIS MARG às secretarias municipais de saúde, que se encarregam da prestação direta do serviço. Por não representar ação direta do consórcio, assim como por se tratar de infra-estrutura de fácil acesso por parte dos municípios (o que reduz consideravelmente o efeito da indução estadual), a aparelhagem de eletrocardiograma será excluída da análise a seguir.

Quadro 3.5: Quadro geral de serviços prestados pelo CIS MARG

Município	Exames realizados	Consultas realizadas
Campo Belo	Endoscopia	Cardiologia Otorrinolaringologia Ortopedia
Cana Verde		Ortopedia
Oliveira		Urologia Ortopedia Psiquiatria Neurologia
Perdões	Eletroencefalograma Ultrassonografia Mamografia	Neurologia
Santana do Jacaré		Psiquiatria
Santo Antônio do Amparo	Eletroencefalograma	Otorrinolaringologia Ortopedia Urologia
São Francisco de Paula		Otorrinolaringologia

Fonte: Elaboração do autor a partir de Entrevista 1 (2004), Entrevista 3 (2004), Entrevista 4 (2004), Entrevista 7 (2004), Entrevista 12 (2006), Entrevista 16 (2006), Entrevista 18 (2006), Entrevista 19 (2006), Entrevista 20 (2006), Entrevista 21 (2006).

Da análise do quadro acima, percebe-se facilmente que todas as cidades que sediam serviços do CIS são membros fundadores do consórcio. Também fica evidente a concentração de serviços nas duas maiores cidades – Campo Belo e Oliveira –, na cidade que deu origem ao CIS – Santo Antônio do Amparo – assim como em Perdões, que recebeu os equipamentos do CIS MARG que se encontravam baseados em Lavras quando da saída desta cidade do consórcio, em 1997¹⁰⁶ (Entrevista 2, 2004).

As consultas oferecidas pelo CIS MARG, como já dito, são realizadas por médicos contratados em regime de *pro labore* (com tempo de serviço e número de consultas previamente acordado), de forma que a capacidade de oferta delas é relativamente constante. Assim, basta dividir entre os municípios-membro a quantidade de consultas contratadas, levando-se em conta a população de cada cidade: são determinadas quatro categorias de municípios, de acordo com o seu tamanho populacional, de maneira que as cidades de cada categoria tenham acesso a uma

¹⁰⁶ Deve ser notado que Lavras deixa o CIS MARG em 1997, porém cinco cidades do seu entorno direto só se retiraram em 2000. Dessa forma, fez-se necessário durante praticamente três anos manter uma certa estrutura de prestação de serviços que estivesse o mais próximo possível de Lavras, como forma de não penalizar as cidades que se encontravam em seu redor.

quantidade constante mensal de consultas de cada especialidade¹⁰⁷. Já o manejo dos aparelhos para a realização de exames é mais complexo de ser feito, uma vez que o grande limitador do seu uso é o alto preço dos materiais necessários para a realização de exames. O total de exames a ser dividido entre as cidades (também de acordo com as categorias de tamanho populacional) é estabelecido a partir do valor que pode ser disponibilizado pelo CIS MARG para realização de exames¹⁰⁸, que é insuficiente para garantir a utilização constante da aparelhagem do consórcio. Dessa forma, a ociosidade da estrutura de realização de exames é uma constante, e um grande problema que se coloca para os administradores do CIS MARG.

Buscando corrigir o problema da ociosidade dos aparelhos do CIS MARG, foram elaboradas soluções localizadas, por parte de algumas prefeituras. O caso de Perdões é notório: em regime especial, quando a demanda local excede em muito a oferta de serviços de saúde específicos, a Prefeitura Municipal adquire o material necessário para a realização de uma determinada quantidade de exames, a ser feita durante os períodos de ociosidade da aparelhagem do consórcio que fica sediada no território do município (Entrevista 4, 2004; Entrevista 7, 2004; Entrevista 9, 2004; Entrevista 12, 2004). Tal tipo de re-arranjo local da estrutura do CIS MARG não é prática disseminada entre outros municípios – que teriam acesso a elas, caso desejassem, mesmo não abrigando os equipamentos do consórcio – a ponto de não terem surgido quaisquer relatos a esse respeito que não envolvessem o município de Perdões. Interessante perceber que todos têm ciência da possibilidade de uso desse mecanismo, já que a realização de tais exames extraordinários deve obrigatoriamente ser aprovada em reunião do Conselho de Prefeitos do CIS.

As explicações – provisórias, porém consistentes – encontradas para a limitação de tal prática a um município apenas nos remetem à questão das relações de poder que ocorrem no interior do CIS, assunto que será melhor tratado mais adiante. Por enquanto, vale elencar duas ordens distintas de problemas, que atingem os menores – e mais pobres – municípios e as maiores – e mais ricas – cidades, levando-as a não adotarem práticas semelhantes à suplementação de oferta de serviços realizada por Perdões. Inicialmente, os municípios mais pobres e de menor população enfrentam dificuldades gravíssimas no que tange à realização de exames: ao mesmo

¹⁰⁷ A forma como são divididos entre os municípios os serviços oferecidos pelo CIS constitui um “sistema de cotas” de aplicação geral. Às quatro categorias populacionais estão associados quatro padrões de cotas, que estabelecem a quantidade mensal de serviços à qual tem direito cada cidade-membro. Tais cotas são fixas, e mudam com muito pouca frequência.

¹⁰⁸ Defeitos em alguns desses aparelhos geram despesas significativas, capazes de drenar recursos essenciais à realização de exames. Por exemplo, o conserto de apenas um aparelho, em outubro de 2004, custou o equivalente à contribuição mensal de duas cidades pequenas que fazem parte do CIS MARG (Entrevista 3, 2004).

tempo em que o SUS destina a essas cidades quantidades ínfimas de determinados exames por ano¹⁰⁹ (decisão baseada no tamanho da população municipal), as administrações municipais se vêem impedidas de oferecerem soluções de caráter extraordinário, pois os recursos à disposição nunca seriam capazes de suprir toda a demanda reprimida, sendo que a seleção de poucas pessoas para serem atendidas significaria um desgaste político considerável para o prefeito de uma pequena localidade (Entrevista 21, 2006). Em situações como estas, a demanda por serviços de saúde “acompanha de perto” a oferta desses, de forma que um aumento da oferta jamais poderia ser revertido sem graves conseqüências políticas. Já os maiores municípios do CIS MARG passaram a possuir, há poucos anos, alguma aparelhagem similar à do CIS em seus territórios, sendo que suas demandas locais são, assim, razoavelmente atendidas pela combinação da estrutura do CIS que eles abrigam com os equipamentos recentemente adquiridos.

Fica clara, assim, a imensa distância que separa os membros do CIS MARG em termos de coordenação de políticas ou mesmo de troca de experiências: frente a um mesmo problema, diferentes tipos de cidades agiram isoladamente e de formas relativamente distintas, sendo que nenhuma delas alcançou solução ótima. Podemos avaliar aqui, através de outra abordagem, a importância da indução estadual na formação de consórcios intermunicipais de saúde: mesmo após mais de treze anos de existência do CIS MARG, nos quais a convivência entre prefeitos foi constante e o relacionamento entre secretários municipais de saúde foi freqüente, ainda sim a troca de simples experiências entre os municípios-membro é falha e a coordenação se resume ao mínimo imposto pelos regulamentos do consórcio para que seu funcionamento seja possível. A integração entre os municípios consorciados – mesmo que definida apenas como a “adoção de medidas semelhantes frente aos mesmos problemas” – não se desenvolveu no CIS MARG. Nesse contexto, parece indispensável a ação de uma esfera federativa superior para criar o consenso necessário ao surgimento da integração entre os municípios, principalmente porque estas esferas da federação são capazes de oferecer as vantagens que motivam a ação dos prefeitos no campo do associativismo¹¹⁰.

¹⁰⁹ Não raro tem-se direito a apenas um exame por ano, como no caso das menores cidades da região (Entrevista 8, 2004; Entrevista 10, 2004; Entrevista 18, 2004).

¹¹⁰ É fato que o CIS MARG nasceu antes da política estadual de incentivo aos consórcios, mas deve-se destacar que, sem a influência dessa, não teria sido possível a descentralização da prestação de serviços de saúde levada a cabo entre 1995 e 1998, que acabou por envolver fortemente as maiores cidades ao consórcio. Mais do que isso, sem a aparelhagem cedida pelo governo estadual, o CIS MARG teria ficado sem meios quaisquer para “prestar serviços” de saúde no momento em que se desligou do Hospital São Sebastião, durante a crise de 1999 – 2000.

Encerrando a exposição dos dados relativos ao CIS MARG e à região em que ele se encontra, partamos agora para a análise e enquadramento desses ao referencial teórico elaborado nos capítulos 1 e 2 do presente trabalho.

3.4 Relações internas do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande pode ser classificado, sem dificuldades, como um consórcio “multipolar”¹¹¹. Sob os aspectos econômicos, de estrutura educacional e de estrutura de saúde pública aqui considerados, podem ser notados dois pólos distintos na área do CIS MARG: as cidades de Campo Belo e Oliveira. Se considerarmos a estrutura do consórcio, assim como seus mecanismos de funcionamento interno, devemos adicionar mais um pólo ao grupo, que é a cidade de Santo Antônio do Amparo. Basicamente, o CIS MARG funciona através de um sistema de “regionalização parcial”, que divide seus serviços de acordo com as “áreas de influência” de cada um desses três pólos, de forma que a população das cidades menores precise se deslocar apenas até o pólo mais próximo (para o caso de serviços oferecidos em mais de uma localidade).

Todas as nove entrevistas realizadas na área do CIS MARG em abril de 2006 confirmaram a existência de um sistema de “divisão em blocos” do território do consórcio, o que não seria algo significativo se se baseasse apenas em critérios técnicos. Ocorre que não é esse o caso, e a divisão do CIS MARG em “esferas de influência” encerra significados e conseqüências profundas.

Inicialmente, temos que o CIS MARG, por ser um consórcio “prestador de serviços”, é uma associação marcada por limitado grau de flexibilidade política. A quantidade – como já visto aqui – e o local de “prestação” de seus serviços de saúde não são passíveis de serem mudados facilmente, de maneira que esse modelo de consorciamento gera, quase que intrinsecamente, significativo grau de fricção entre seus membros-pólo. Como já dito quando da exposição da saída de Lavras – outro grande pólo – do CIS MARG, é bastante desgastante politicamente, para uma prefeitura de cidade-pólo, enviar seus cidadãos para tratamento em outra cidade da região, sobretudo se essa outra cidade for de porte populacional igual ou menor. Assim os governantes das maiores cidades dos CIS multipolares – como o CIS MARG – tendem a agir em busca da preservação de seu prestígio político, tanto para o público de seu município quanto perante o todo

¹¹¹ A categoria alternativa de consórcio seria a “unipolar”, cujo exemplo clássico pode ser encontrado no CIS LAV, objeto de análise do próximo capítulo.

da região em que ele se insere. O resultado da pressão das maiores cidades da associação é o aumento de sua – cara – estrutura de “prestação de serviços”, ou o rompimento da associação, caso as demandas de um pólo específico não sejam atendidas por um período de tempo significativo.

Em poucas palavras, a combinação de uma estrutura institucional rígida (o sistema de “prestação de serviços”) com um ambiente político polarizado (a convivência entre vários pólos regionais dentro do CIS), intrinsecamente instável e isolacionista leva a algumas conseqüências que podem ser encontradas no CIS MARG: divisão do consórcio em “áreas de influência”, repetição de parte da estrutura de “prestação de serviços” em cada uma dessas áreas (com maior grau de ociosidade dessa estrutura como um todo), reprodução de relações de competição horizontal no interior do CIS (e não apenas entre os pólos) e elevado grau de “politização” das discussões e decisões levadas a cabo na esfera consorciacional. Parafraseando Carvalho (1997-98), o que se tem no CIS MARG é uma “união” de interesses, e não uma “comunhão” desses, de forma que é constante a sensação de “convivência forçada” quando se analisa o tipo de relação existente entre seus membros.

As “áreas de influência” existentes no interior do CIS MARG foram detalhadas em várias entrevistas realizadas no ano de 2006, com coincidência perfeita. Ao mesmo tempo, foi consultada a publicação “Regiões de Influência das cidades 1993” (IBGE, 2000), com o objetivo de se obter uma perspectiva mais ampla do quadro de relacionamento entre as cidades do sul/centro-oeste mineiro. A publicação do IBGE (IBGE, 2000) confirma as “linhas divisórias” internas do CIS MARG, mas chama a atenção para um importante fato: os dois principais pólos internos da área considerada – Campo Belo e Oliveira – não são as principais cidades da região, de forma que a área do CIS MARG sofre forte influência de várias outras cidades, localizadas em seu entorno. Porém, a influência exercida por pólos externos ao consórcio não será considerada aqui em profundidade, por não representar as relações de poder existentes entre os membros do CIS MARG. Entretanto, como forma de melhor situar a presente análise em relação às diversas forças externas que atuam sobre os municípios-membro do CIS MARG, em certa medida constituindo uma “pressão desagregadora” sobre as várias partes do consórcio, segue abaixo o Quadro 3.6, que mostra as principais influências exercidas sobre as cidades do CIS MARG, levando em conta os pólos externos de poder:

Quadro 3.6: Quadro amplo de influências regionais

Municípios do CIS MARG	Principal influência	Influência secundária
Itapecerica	Divinópolis	Belo Horizonte
Carmo da Mata	Divinópolis	Belo Horizonte
Carmópolis de Minas	Divinópolis	Belo Horizonte
Passa Tempo	Divinópolis	Belo Horizonte
São Francisco de Paula	Oliveira	Divinópolis
Oliveira	Belo Horizonte	Lavras
Santo Antônio do Amparo	Belo Horizonte	Lavras
Santana do Jacaré	Campo Belo	Lavras
Campo Belo	Lavras	Belo Horizonte
Camacho	Campo Belo	Lavras
Candeias	Campo Belo	Lavras
Cana Verde	Campo Belo	Lavras
Perdões	Lavras	Campo Belo
Aguanil	Campo Belo	Varginha
Cristais	Varginha	Campo Belo
Bom Sucesso	Lavras	São João Del Rei
Ibituruna	Lavras	São João Del Rei

Fonte: Elaboração do autor a partir de IBGE (2000).

Levando-se em conta que a cidade de Divinópolis exerce considerável atração sobre os municípios a norte e oeste do CIS MARG, enquanto os do sul e centro da área do consórcio, em geral, são muito ligados a Lavras, temos assim delimitadas as principais forças externas que atuam sobre os membros do CIS MARG. Deve-se ter sempre em mente estas influências gerais quando se for tratar da forma de regionalização interna do CIS MARG, que deverá ser exposta agora. Antes, porém, deve ser dito que os dois municípios que mais recentemente passaram a fazer parte do consórcio – Itapecerica e Carmo da Mata, respectivamente em 2003 e em 2005 – formam um grupo ainda um tanto à parte em relação ao todo aqui considerado, pois estão ainda pouco integrados às redes de poder que serão expostas a seguir (apesar de já tomarem parte nelas). Deve ser lembrado também que o município de Santo Antônio do Amparo é caracterizado por exercer um “tipo especial” de influência: por ter dado origem ao CIS, ter concentrado a maioria de seus serviços durante anos, e por abrigar o centro administrativo do consórcio, Santo Antônio do Amparo influi – de forma sutil – sobre todos os municípios do CIS MARG. Mesmo sendo a estrutura administrativa do consórcio absolutamente independente de qualquer instância do governo municipal de Santo Antônio do Amparo, há uma tradição de trânsito de pessoas por cargos nas duas estruturas, que acaba por as aproximar bastante, de forma

que, em certa medida, a estrutura do consórcio amplifica o poder de influência do município de Santo Antônio do Amparo. Ao mesmo tempo, esse poder é exercido geralmente de maneira sutil, como forma de preservar a imagem do CIS MARG como instituição neutra, e também para – através dessa percepção de neutralidade – legitimar a influência de Santo Antônio do Amparo sobre o todo da região. Assim, levando-se em conta esta diferença importante na forma como cada pólo do CIS exerce seu poder, vamos expor abaixo o quadro da “regionalização informal” existente no CIS MARG:

Quadro 3.7: Pólos do CIS MARG e suas respectivas áreas de influência

Campo Belo	Oliveira	Santo Antônio do Amparo
Aguanil	Carmo da Mata	Bom Sucesso
Camacho	Carmópolis de Minas	Ibituruna
Cana Verde	Itapecerica	
Candeias	Passa Tempo	
Cristais	São Francisco de Paula	
Perdões		
Santana do Jacaré		

Fonte: Elaboração própria a partir de Entrevista 2 (2004), Entrevista 12 (2006), Entrevista 13 (2006), Entrevista 15 (2006), Entrevista 16 (2006), Entrevista 17 (2006), Entrevista 18 (2006), Entrevista 19 (2006), Entrevista 20 (2006), Entrevista 21 (2006).

A distribuição dos serviços do consórcio se concentra nos três núcleos de poder existentes em seu interior, à exceção do município de Perdões, que abriga a estrutura do antigo pólo de Lavras. Em uma escala geral, o que temos a partir dessa regionalização é a constituição de “vários consórcios em um só”, argumento reforçado pelo baixo grau de troca de experiências, informações e práticas entre seus membros (evidenciados pela exposição feita aqui do isolamento que têm algumas práticas de uso alternativo da estrutura do CIS). Também colabora para essa conclusão o fato de que, mesmo adquirindo por conta própria alguns aparelhos similares aos que o CIS mantém em seus territórios, os municípios-pólo não abriam mão dessa estrutura: permanecem concentrando a demanda dos municípios vizinhos, sendo beneficiados pelo prestígio regional advindo da prestação desses serviços. Assim, ceder para outras cidades os aparelhos do consórcio que já não são mais essenciais, seria para os municípios-pólo abrir mão de poder político.

A divisão do CIS MARG em “regiões de influência” – com estruturas de atendimento relativamente autônomas – permitiu que fosse alcançado um certo equilíbrio de poder entre as cidades-pólo do consórcio. Por se tratar de um CIS “prestador de serviços”, tem-se no CIS MARG um equilíbrio rígido e custoso (em termos de eficiência da estrutura instalada), porém capaz de permitir que se atinja o grau de coesão suficiente para a preservação do consórcio. Entretanto, fatos recentes têm colocado em risco tal equilíbrio e, indiretamente, a própria configuração atual do CIS MARG.

Não se trata de mais uma crise, pelo contrário. O Governo do Estado de Minas Gerais, colocando em prática o que parecem ser os primeiros atos de uma nova política de apoio ao associacionismo intermunicipal¹¹², destinou ao CIS MARG em 2005 – assim como a cada consórcio que teve seu projeto de gastos aprovado – recurso de R\$ 250.000,00 para investimento exclusivo em infra-estrutura. O processo de decisão interna do CIS MARG a respeito da destinação desses recursos se estendeu pelo segundo semestre de 2005, e chegou-se ao consenso de que seria aplicado na criação de um laboratório de análises clínicas (Entrevista 12, 2006; Entrevista 13, 2006). A escolha do município que sediaria tal laboratório, entretanto, forçou o “equilíbrio rígido de poder” do CIS MARG a seu limite, confrontando os pólos de Santo Antônio do Amparo e Oliveira (inclusive com relatos de que a reunião do Conselho de Prefeitos em que se devia votar o assunto “quase terminou em briga”) (Entrevista 13, 2006; Entrevista 16, 2006).

Tal incidente está bastante relacionado também com a forma através da qual o equilíbrio de poder e as esferas de influência do CIS MARG são operacionalizadas no cotidiano da associação. Basicamente, pode-se afirmar que o verdadeiro debate acerca das decisões concernentes ao CIS se dá nas semanas anteriores a cada reunião, período no qual representantes das cidades-pólo visitam os municípios de suas áreas de influência com o objetivo de as “convencerem” da importância do voto em favor das demandas dos municípios-pólo (Entrevista 16, 2006). Uma vez que as demandas de um pólo são apresentadas como vantajosas às cidades que se localizam ao seu redor – o que é, com base no que já vimos aqui, no mínimo uma “meia-verdade” –, costuma-se ter a votação dos municípios em blocos, de acordo com suas esferas de influência. (Entrevista 16, 2006).

¹¹² Em 2003, foram cedidas ambulâncias-UTI pelo governo estadual para os consórcios intermunicipais de saúde. O CIS MARG tem a sua sediada em Campo Belo (Entrevista 2, 2004).

O grande desestabilizador que atuou na questão da escolha da localização do laboratório de análises clínicas foi que tanto Santo Antônio do Amparo quanto Oliveira disputavam esse investimento. Na articulação dos apoios de cada pólo, Santo Antônio do Amparo contou com o apoio do município de São Francisco de Paula, integrante da esfera de influência de Oliveira e detentor da Presidência do Consórcio. Assim, a reação do prefeito de Oliveira foi a de confrontar duramente os prefeitos de Santo Antônio do Amparo e de São Francisco de Paula durante a reunião de votação, atitude que fez com que essa acabasse suspensa sem uma decisão formal.

Fica claro, assim, o significado empírico da classificação dos consórcios de acordo com a forma através da qual eles oferecem serviços de saúde à população atendida. Uma estrutura rígida como a do CIS MARG – “prestação de serviços” aliada ao quase-monopólio do oferecimento de alguns procedimentos nos municípios – tende a atrair para seu interior características do quadro político da região. Para a maioria dos municípios-membro, o consórcio é importante demais (pois é responsável por boa parte dos serviços de saúde da cidade) para não merecer uma atenção especial do prefeito, ao mesmo tempo em que necessariamente reúne os prefeitos e exige deles decisões coletivas a respeito de uma estrutura marcadamente limitada (pouco elástica) e fixa. Assim, consórcios do tipo do CIS MARG são altamente politizados em seu funcionamento, o que reduz consideravelmente a margem de manobra e o poder de cada prefeito em seu interior.

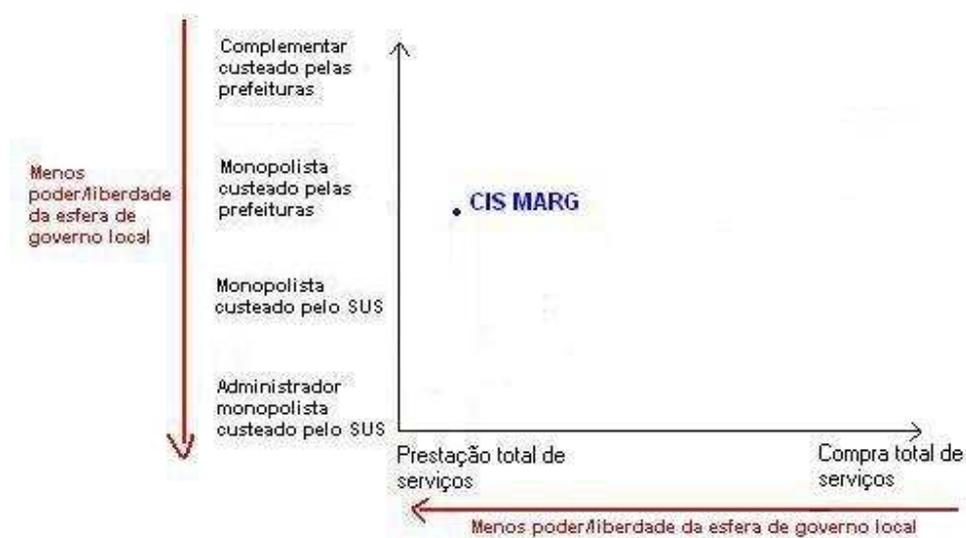
Outro aspecto responsável pela “rigidez” da estrutura institucional do CIS MARG é a combinação entre sua estrutura de financiamento e o papel que ele desempenha na oferta de serviços nos municípios em que atua. De acordo com a classificação estabelecida no capítulo anterior – seção 2.1 – o CIS MARG pode ser classificado como um consórcio “monopolista custeado pelas prefeituras”. Ou seja, seus recursos – correntes – têm origem inteiramente na contribuição mensal feita pelas prefeituras que participam do CIS MARG, e os serviços oferecidos pelo consórcio, na grande maioria dos municípios¹¹³, só são disponibilizados na região pela estrutura do CIS. Apesar do fato do financiamento ser feito pelas próprias prefeituras significar um certo grau de flexibilidade do conjunto do consórcio em relação a outras esferas federativas (e ao SUS), a posição de monopolista – quase absoluto – no oferecimento de certos

¹¹³ Recentemente, alguns municípios-pólo adquiriram aparelhagem semelhante à do CIS, e passaram a oferecer alguns serviços que são também disponibilizados pelo consórcio. Trata-se, entretanto, de fenômeno recente e que ocorre em pequena escala (há cidades que contrataram médicos especialistas que também são oferecidos pelo CIS), o que não deixa de caracterizar a posição do CIS MARG como “predominantemente monopolista” no que tange aos serviços que oferece.

serviços de saúde torna o consórcio quase indispensável a seus membros, e conseqüentemente os deixa bem menos passíveis de cederem em qualquer negociação interna.

Retomando a Figura 2.1, do capítulo 2, podemos nele localizar o grau de liberdade do sistema composto pelo CIS MARG, o que resulta na Figura 3.2, abaixo:

Figura 3.2: Forma de atuação e autonomia dos atores do CIS MARG :



Fonte: Elaboração própria

Mesmo com o contrato de médicos em regime *pro labore* servindo para afastar o CIS MARG da posição de “prestador de serviços” absoluto, vemos acima que o grau de rigidez da estrutura institucional do CIS MARG é bastante acentuado. A aceitação tácita da sub-divisão do CIS MARG em “áreas de influência” pode ser vista, assim, como uma concessão feita frente às características sociopolíticas da região, sem a qual o consórcio seria inviabilizado, dadas as suas condições institucionais pouco flexíveis.

Não se deve concluir, entretanto, pela ausência de cooperação entre municípios no interior do CIS MARG. Essa existe – de forma bastante freqüente – e é encontrada, sobretudo, quando se analisa as relações que ocorrem no interior das sub-divisões informais do território do consórcio.

Uma vez que o critério de divisão entre os municípios dos serviços a serem prestados pelo CIS se baseia na população de cada cidade, é fato que os menores municípios têm direito a pequenas cotas de atendimento do consórcio. Mas, ao mesmo tempo, a pequena demanda por alguns sérvios em especial – decorrente do pequeno porte populacional dessas cidades – faz com que possa ocorrer sub-utilização de setores da estrutura do CIS por parte de alguns municípios. Nesses casos, como forma de evitar a perda do direito de fazer uso da estrutura do CIS – as cotas de utilização são mensais e não-cumulativas – os municípios de uma mesma sub-região do consórcio costumam se consultar mutuamente, como forma de saberem se há possibilidade de troca entre as cotas em excesso que cada um eventualmente possa possuir. Trata-se de procedimento extra-oficial – não há transferência de cota de um município para outro, apenas o registro do paciente sob responsabilidade da outra cidade – porém bastante comum entre as pequenas cidades dos diferentes setores do CIS MARG.

Ocorre que tais formas de cooperação não se restringem aos procedimentos do CIS, sendo aplicadas – de forma bastante semelhante – em relação a serviços oferecidos pelo SUS (devemos mencionar também a concessão freqüente de caronas a pacientes – ou até aos próprios secretários municipais de saúde – de municípios vizinhos no caso de pequenas viagens). Nas entrevistas realizadas na área do CIS MARG, foram registradas também – em menor escala – trocas temporárias de estoques de medicamentos e cessões emergenciais de ambulâncias como formas de cooperação intermunicipal na área da saúde.

Podemos sustentar, assim, o papel do CIS MARG como fomentador da cooperação intermunicipal, já que esta se expande para muito além dos mecanismos formais do consórcio, e limitam-se principalmente à esfera das sub-regiões do CIS? Sim, principalmente porque essas relações de cooperação ou se limitam aos membros do CIS MARG, ou se dão de forma muitas vezes mais intensa entre esses, de forma que podem ser – sem sombra de dúvida – atribuídas à convivência entre diferentes prefeitos e secretários municipais de saúde, que se não fosse pela participação no mesmo consórcio, provavelmente não teriam relacionamento tão próximo. Deste ponto de vista, até mesmo a sub-regionalização do consórcio, as votações em bloco e a dependência em relação ao município-pólo podem ser vistos como fatores geradores de coesão e cooperação entre os menores municípios do CIS MARG.

A cooperação entre pequenos municípios de regiões específicas do CIS MARG tem significado maior do que a simples comprovação da possibilidade de cooperação. Ela evidencia

as condições necessárias para seu surgimento e desenvolvimento, confirmando a abordagem já feita no presente trabalho, que se concentra na estrutura de funcionamento dos CIS. Ao contrário do panorama geral do CIS MARG, em suas sub-regiões há igualdade entre seus membros (excluindo o pólo de cada, obviamente), e talvez mais importante do que isso, nenhum dos municípios tem pretensão de expandir seu poder político para além de suas próprias fronteiras. Assim, não há centros de poder evidentes nas relações entre os pequenos municípios de cada sub-região, assim como nenhum de seus atores está em busca de maximizar sua exposição perante o eleitorado regional (fazendo uso da estrutura do CIS para isso). A estrutura de “prestação direta de serviços” afeta a todos os pequenos municípios da mesma forma – dirigindo a demanda de cada um para seu respectivo pólo –, porém não gera resultados perversos sobre a cooperação entre esses atores porque todos são atravessados pelas questões políticas das cidades-pólo de maneira semelhante.

Em poucas palavras: em um ambiente ideal de pequenas diversidades entre seus atores, no qual a “politização” tem pouca influência no funcionamento do consórcio, a forma de atuação desse tende a ser menos importante como determinante do surgimento ou não de “verdadeira” cooperação intermunicipal no interior de um CIS. Em uma situação de consórcio multipolar e de politização do funcionamento do CIS, a adoção do modelo “prestador de serviços” deixa todos os membros com pouco espaço para se articularem, desestimulando fortemente o surgimento da cooperação e transferindo para o governo estadual (através de suas políticas de indução) a responsabilidade prática de fazê-la surgir.

A questão das relações de poder no interior do CIS MARG pode ser percebida também através dos presidentes que essa instituição já teve, eleitos que foram através do sistema de “voto em bloco” das sub-regiões. O quadro abaixo contém as cidades cujos prefeitos já exerceram a Presidência do CIS MARG, como também o pólo de influência que essas representavam:

Quadro 3.8: Municípios cujos prefeitos já exerceram a Presidência do CIS MARG, área de influência às quais eles pertenciam e sedes do consórcio

Período	Presidência CIS MARG	Área de influência	Sede do Consórcio
1993-1994	Cristais	Técnica (FELUMA)	Lavras
1995-1996	Perdões	Lavras	Lavras
1997-1998	Santo Antônio do Amparo	Santo Antônio do Amparo	Santo Antônio do Amparo
1999	Candeias	Campo Belo	Santo Antônio do Amparo
2000	São Francisco de Paula	Oliveira	Oliveira
2001-2002	Campo Belo	Campo Belo	Santo Antônio do Amparo
2003-2004	Campo Belo	Campo Belo	Santo Antônio do Amparo
2005-2006	São Francisco de Paula	Santo Antônio do Amparo	São Francisco de Paula

Fonte: Elaboração própria a partir de Entrevista 1 (2004), Entrevista 2 (2004), Entrevista 12 (2006), Entrevista 13 (2006), Entrevista 15 (2006), Entrevista 16 (2006), Entrevista 17 (2006), Entrevista 18 (2006), Entrevista 19 (2006), Entrevista 20 (2006), Entrevista 21 (2006).

Antes de analisar a questão das relações de poder internas, convém dizer que o primeiro presidente do CIS MARG, então prefeito do município de Cristais, foi escolhido em boa medida devido à sua formação médica (FJP, 1996). Provavelmente, a formação profissional do prefeito em questão tenha feito dele o elo de ligação entre a cúpula técnica responsável pelo movimento inicial de criação do consórcio e os outros prefeitos da região¹¹⁴. Ao reassumir a prefeitura de Cristais pela segunda vez, em 2001, tal prefeito retira seu município da associação, justamente quando seu ex-vice-prefeito era escolhido Secretário Executivo, e era desfeita a parceria com a FELUMA. Tal fato pode significar a retirada por completo dos atores de orientação técnica do contexto do CIS MARG, mas pode indicar apenas o rompimento de uma aliança entre dois

¹¹⁴ A liderança exercida pela FELUMA durante o início do processo de estabelecimento do CIS MARG era tão marcante que se torna problemático apontar, hoje, as relações políticas que predominavam durante esse momento. Por isso, a submissão do Prefeito de Cristais (enquanto Presidente do CIS MARG) a uma “influência técnica”, exercida pela FELUMA parece ser a classificação mais propícia para tal momento.

políticos de um mesmo município. De qualquer forma, a não reeleição desse prefeito em 2004 fez com que a nova administradora municipal retornasse Cristais ao CIS MARG em 2005.

Deve-se destacar o período que vai de 2001 a 2004, que é marcado por uma aliança – que não implicou em cooperação – entre os pólos de Campo Belo e de Santo Antônio do Amparo. Tal composição mostra como a influência de Santo Antônio do Amparo se manifesta de forma sutil, podendo em um momento definir o equilíbrio de poder entre Campo Belo e Oliveira a favor de uma das partes e, no momento seguinte – a partir de 2005 – assumir posição de controle direto sobre o CIS MARG, a partir da aliança com o município de São Francisco de Paula (tradicionalmente sujeito à influência de Oliveira).

Até agora, foi dado destaque às relações intermunicipais que ocorrem no interior do CIS MARG, ou seja, relações que necessariamente ocorreriam, pelo simples fato dos municípios em questão fazerem parte de uma mesma associação. Interessa-nos saber, de agora em diante, como se relacionam os municípios-membro do CIS MARG fora da esfera consorciacional. O estudo das redes de influência de cidades que estão ativas na região do CIS MARG nos mostrou a direção das relações entre os municípios considerados, porém não a intensidade dessas. Acreditamos que uma maneira válida de se estimar a força dessas relações é através do estudo do panorama político regional, principalmente com a atenção voltada para as eleições para o Poder Executivo local (composição partidária do quadro de prefeitos) e para as eleições para o Poder Legislativo estadual (expansão da influência de candidatos locais). Dessa análise, portanto, trata a seção seguinte.

3.5 Panorama político da região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande

A análise do panorama político do CIS MARG busca definir as principais linhas de integração entre os membros do consórcio, com o objetivo de traçar um quadro de relações de poder regional mais amplo, não restrito ao universo das políticas públicas de saúde. A principal questão a ser respondida é se o CIS, após um período considerável de funcionamento, foi capaz de gerar coesão entre os municípios-membro, principalmente no que tange à formação de uma “dimensão política” da integração praticada no âmbito das políticas públicas.

Dois enfoques diferentes serão utilizados no tratamento dessa questão: o municipal, que buscará o surgimento de novos padrões – ou a persistência de antigos – nos processos de escolha de prefeitos municipais; e o regional, que através dos resultados das eleições para deputado estadual nos 17 municípios considerados, procurará identificar a existência de lideranças regionais no âmbito do CIS (assim como a amplitude de seu poder).

Iniciando pelo aspecto municipal, foram consideradas as eleições realizadas nos anos de 1992, 1996, 2000 e 2004, de maneira que todo o período de funcionamento do CIS MARG foi coberto. O Quadro 3.9, abaixo, expõe a configuração partidária do conjunto das 17 prefeituras da região no momento em que foram realizadas as quatro eleições consideradas, assim como mostra quantos destes municípios eram governados por partidos que apoiavam o governo estadual:

Quadro 3.9: Configuração partidária das prefeituras do CIS MARG

	1992	1996	2000	2004	Total
PFL	5	4	2	1	12
PMDB	2	2	5	3	12
PSDB	2	4	2	4	12
PDS/PPB/PP	1	2	1	4	8
PL	4	2	3	3	12
PTB	1	3	2	1	7
PPS	0	0	2	0	2
PT	0	0	0	1	1
PDC	2	0	0	0	2
Total dos partidos que apoiavam o Governo Estadual	5	13	10	9	37

Fonte: Elaboração própria a partir de TRE-MG (2006).

Pode-se perceber, inicialmente, a inexistência de hegemonia de qualquer partido, em qualquer dos momentos considerados. O maior número de prefeituras administradas por um mesmo partido foi de cinco – verificado em 1992 pelo PFL e em 2000 pelo PMDB –, o que é insuficiente para se aventar a possibilidade de uma “uniformidade partidária”¹¹⁵. Dos nove partidos considerados, seis conquistaram ao menos uma prefeitura da região em cada eleição analisada, enquanto os outros três apenas venceram eleições em um dos anos. Assim, podemos concluir que o poder, nesse conjunto de cidades, é partilhado entre os representantes de seis

¹¹⁵ Assim, descartam-se as hipóteses tanto de a cooperação intermunicipal ter surgido de uma suposta “uniformidade partidária” previamente existente entre os municípios da região, quanto do estabelecimento do CIS ter levado predomínio de determinado partido político na área do CIS MARG.

diferentes partidos políticos, sempre sendo repartido em cada eleição, mas que acaba por garantir a todos uma parcela do poder regional: em 1992, esses seis partidos venceram as eleições em 15 dos 17 municípios do CIS; em 1996, todas as 17 prefeituras do CIS MARG foram ocupadas pelos políticos dos seis partidos em questão; em 2000, novamente 15 cidades elegem prefeitos dessas partidos e, em 2004, 16.

Por menos significado ideológico e programático que possam ter os partidos políticos no interior do Brasil, principalmente no contexto de cidades de pequeno porte (nas quais predomina a agenda de problemas locais no debate político), o predomínio desse grupo de partidos ao longo das quatro últimas eleições municipais indica uma certa tendência de continuidade do quadro vigente anteriormente. Essa tendência se confirma quando se analisa o caso dos políticos que foram eleitos mais de uma vez em suas respectivas cidades, seja ou não por reeleição (válida a partir de 2000): dos 17 municípios do CIS MARG, tal fenômeno ocorreu em 13 (oito reeleições e seis eleições intercaladas¹¹⁶). Em poucas palavras: em menos de ¼ das prefeituras do CIS MARG houve renovação do quadro político local nas últimas quatro eleições municipais, enquanto que em mais de ¾ das cidades consideradas registra-se as mesmas pessoas sendo reconduzidas ao poder pelo voto popular. O Quadro 3.10, a seguir, ilustra – a partir da exposição do partido dos prefeitos que foram eleitos mais de uma vez – não apenas esta exposição acerca da renovação – e da não-renovação – política ocorrida nos municípios, como também mostra que esses prefeitos trocaram relativamente poucas vezes de partido no período em tela.

¹¹⁶ No município de Itapecerica ocorreram ambos os fenômenos, com um mesmo prefeito sendo eleito em 1992, 2000 e 2004.

Quadro 3.10: Retornos e reeleições de prefeitos da área do CIS MARG, com indicação de partido

	1992	1996	2000	2004
Campo Belo	PL			PTB
Aguanil		PFL	PSDB	
Cana Verde		PSDB		PSDB
Camacho		PFL	PFL	
Cristais	PMDB		PMDB	
Perdões	PSDB			PSDB
Oliveira		PTB	PTB	
Carmópolis de Minas		PSDB	PSDB	
Carmo da Mata	PFL		PTB	
Itapecerica	PMDB		PMDB	PMDB
Bom Sucesso		PMDB	PMDB	
Ibituruna		PMDB	PMDB	

Fonte: Elaboração própria a partir de TRE-MG (2006).

Considerando o grupo de prefeitos que estava no cargo em 1992 como aqueles que mais teriam a ganhar com o funcionamento do CIS MARG (o impacto inicial do consórcio é sempre o mais benéfico à popularidade do governante), vejamos o desempenho desses políticos. De um total de 15 municípios¹¹⁷ apenas três reconduziram ao poder – após intervalo de ao menos um mandato, pois não havia possibilidade de reeleição em 1996 – os prefeitos que ajudaram a formar o consórcio. Um deles, inclusive, foi o responsável pela saída de seu município do CIS MARG, o que causou mobilização popular, tornou o consórcio tema da campanha eleitoral de 2004 e provavelmente inviabilizou sua reeleição (Entrevista 2, 2004; Entrevista 4, 2004), conformando o único caso de discussão pública ampla da questão do associacionismo intermunicipal verificado em todo o processo de elaboração do presente trabalho (incluindo a área do CIS LAV). Assim, temos que a criação do CIS MARG parece não ter trazido resultados eleitorais consistentes a seus autores políticos originais.

O que podemos concluir, assim, a partir da análise dos resultados eleitorais municipais nas 17 cidades do CIS MARG, é que o consórcio não alterou o panorama político regional em praticamente nada – exceção feita à eleição de 2004 em Cristais. Permaneceram os municípios isolados em suas questões políticas de âmbito local, com seus prefeitos desprezando a integração

¹¹⁷ Itapecerica e Carmo da Mata só se juntariam ao CIS MARG em 2003 e em 2005, respectivamente.

regional mesmo frente às possibilidades que ela oferece de conversão de seus resultados em ganhos eleitorais. O único padrão que pôde ser claramente detectado, sobretudo na análise partidária, é o de que a maioria dos prefeitos sempre pertence a algum partido que compõe a coligação que comanda o governo estadual. Mais uma vez, no presente trabalho, chegamos à conclusão de que o único consenso que perpassa a esfera intermunicipal é aquele que tem sua origem no governo estadual.

Do ponto de vista regional, serão avaliadas as eleições para o cargo de deputado estadual, realizadas nos anos de 1994, 1998 e 2002. O deputado estadual constitui-se, para a grande maioria dos prefeitos da região – e de todo o interior em geral – como o principal e mais direto canal de comunicação com as outras esferas da federação (ABRUCIO, 1998). Por isso, trata-se de cargo que é naturalmente aspirado pelos atores políticos dos municípios-pólo do interior, como forma de institucionalização da liderança que suas cidades exercem sobre as vizinhas menores¹¹⁸. O objetivo da presente análise é o de se identificar o fortalecimento de lideranças políticas regionais, o que seria consequência de uma maior integração entre os municípios do CIS MARG, ou mesmo de suas sub-divisões. deve ser dito, entretanto, que a área do CIS MARG não elegeu nenhum deputado estadual em todo o período considerado.

Para tratar da questão das lideranças políticas regionais, foram tomados os três candidatos mais votados para o cargo de deputado estadual, em cada município do CIS MARG, nas eleições de 1994, 1998 e 2002. Foi elaborado o Quadro 3.11, abaixo, que resume os dados encontrados, traçando um panorama bastante claro de enfraquecimento das lideranças políticas regionais e sub-regionais ao longo do período de existência do CIS MARG:

¹¹⁸ É prática bastante comum, tanto na área do CIS MARG como em outras regiões de Minas Gerais, que políticos que aspiram ao governo local se candidatem a um posto no Legislativo Estadual, como forma de avaliarem a situação de seus nomes perante o eleitorado de suas cidades. Reza o folclore político das pequenas cidades mineiras que “uma eleição para deputado estadual é a mais barata pesquisa de opinião pública”.

Quadro 3.11: Origem dos três candidatos a deputado estadual mais votados em cada município do CIS MARG

	1994					1998					2002				
	Percentual dos três candidatos mais votados	Candidatos com origem no CIS entre os três mais votados	Candidatos com origem na sub-região entre os três mais votados	Candidatos com origem na cidade entre os três mais votados	Candidatos com origem no núcleo sub-regional entre os três mais votados	Percentual dos três candidatos mais votados	Candidatos com origem no CIS entre os três mais votados	Candidatos com origem na sub-região entre os três mais votados	Candidatos com origem na cidade entre os três mais votados	Candidatos com origem no núcleo sub-regional entre os três mais votados	Percentual dos três candidatos mais votados	Candidatos com origem no CIS entre os três mais votados	Candidatos com origem na sub-região entre os três mais votados	Candidatos com origem na cidade entre os três mais votados	Candidatos com origem no núcleo sub-regional entre os três mais votados
Campo Belo	85,16%	2	1	1	1	86,74%	1	1	1	1	61,77%	2	2	2	2
Aguanil	87,73%	1	1	0	1	91,53%	1	1	0	1	44,14%	1	1	0	1
Candeias	86,95%	2	1	0	1	82,55%	1	1	0	1	40,37%	0	0	0	0
Camacho	76,41%	2	0	0	0	75,80%	1	1	0	1	54,83%	1	0	0	0
Cana Verde	56,62%	2	1	0	1	79,3%	1	1	0	1	50,23%	0	0	0	0
Cristais	75,08%	2	2	1	1	71,45%	1	1	0	1	47,63%	0	0	0	0
Perdões	53,81%	0	0	0	0	42,54%	1	1	0	1	37,04%	0	0	0	0
Santana do Jacaré	76,98%	1	1	0	1	88,33%	1	1	0	1	55,66%	1	0	0	0
Oliveira	77,62%	2	2	2	2	62,60%	2	1	1	1	50,73%	0	0	0	0
Carmo da Mata	83,46%	1	1	1	0	60,78%	2	2	1	1	57,65%	1	1	1	0
Carmópolis de Minas	52,42%	1	1	1	0	66,24%	0	0	0	0	50,08%	0	0	0	0
Itapeçerica	74,15%	1	1	1	0	38,94%	0	0	0	0	51,54%	0	0	0	0
Passa Tempo	60,08%	0	0	0	0	62,00%	0	0	0	0	52,44%	0	0	0	0
São Francisco de Paula	52,80%	2	2	0	2	65,03%	2	1	0	1	57,28%	0	0	0	0
Santo Antônio do Amparo	67,89%	0	0	0	0	55,81%	0	0	0	0	35,93%	0	0	0	0
Bom Sucesso	32,00%	1	0	0	0	68,88%	0	0	0	0	34,63%	0	0	0	0
Ibituruna	81,02%	0	0	0	0	77,20%	0	0	0	0	64,79%	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de TRE-MG (2006).

Inicialmente, devemos atentar para o percentual de votos válidos obtidos pela soma dos três candidatos mais bem votados em cada município do CIS MARG. Se, em 1994, 10 municípios apresentaram mais de 70% de seus votos concentrados nos três candidatos que obtiveram as maiores votações, em 1998 esse número se reduziu para oito cidades, e, em 2002, para nenhuma. Tais números mostram que a ocorrência de “grandes lideranças” políticas diminuiu consideravelmente em todas as cidades pesquisadas, pois o eleitorado passou a distribuir seus votos por um número maior de candidatos.

A forma como os votos dos municípios do CIS MARG são distribuídos também é indicada pelo Quadro 3.11 através de quatro perspectivas diferentes. Inicialmente, o Quadro 3.11 nos indica quantos candidatos (dentre os três mais votados em cada cidade) têm origem na área do CIS MARG como um todo. Depois, mostra quantos candidatos (novamente, do grupo dos três mais votados em cada município) têm origem na sub-região da qual faz parte a cidade analisada.

A terceira perspectiva é a que indica quantos candidatos – entre os três com melhores votações – têm origem na própria cidade em questão. E, por fim, a quarta perspectiva de análise é a que mostra quantos candidatos há, com origem no pólo sub-regional, dentre os três mais bem votados no município em questão. Tudo isso, como já dito, visto através dos resultados das eleições de 1994, 1998 e 2002.

A primeira conclusão a que se chega é que as cidades menores – não-pólos – do CIS MARG perderam poder próprio ao longo das três eleições consideradas: se em 1994 quatro delas tiveram candidatos próprios entre os três mais bem votados, esse número cai para apenas uma em 1998 e em 2002. Assim, percebe-se que o eleitorado dos municípios não-pólo do CIS MARG foi gradativamente “conquistado” por candidatos de outras cidades. Dos três pólos do CIS MARG, vemos que Campo Belo preservou poder sobre seu próprio eleitorado (quicá o tenha aumentado, pois dois dos três candidatos mais votados em 2002 tinham origem em Campo Belo, contra um dentre três, verificado em 1994 e 1998), Oliveira o perdeu significativamente (teve dois, um e nenhum candidato próprio entre os três mais votados na cidade, respectivamente em 1994, 1998 e 2002), e Santo Antônio do Amparo se manteve estável, sem poder significativo sobre o eleitorado municipal (o que marca a diferença da liderança desse município em relação à dos outros dois pólos de poder do CIS MARG).

Quanto ao contexto das sub-regiões do CIS MARG, também se verifica no quadro 11 perda de poder dos pólos sobre seus municípios vizinhos. Em 1994 e 1998, seis cidades do CIS MARG não tiveram entre seus três candidatos a deputado estadual mais bem votados qualquer representante da sub-região em que essas se encontravam; em 2002 foram 14 as cidades que não tinham candidato da respectiva sub-região entre os mais votados. Além de demonstrar o enfraquecimento dos políticos de cada sub-região frente a seus eleitores, tais números indicam também aspectos referentes à forma como ocorreu tal processo. Para melhor analisarmos tal questão, vejamos a seguir o desempenho dos pólos sub-regionais.

Em 1994, oito municípios do CIS MARG tiveram candidatos de seus respectivos núcleos sub-regionais entre os três mais votados, número que se repetiu em 1998. Em 2002, entretanto, apenas dois municípios – dos 17 participantes do CIS MARG – concentraram votos em candidatos provenientes de núcleos sub-regionais do consórcio, com a ressalva de que uma dessas duas cidades é, ela própria, um pólo regional do CIS (Campo Belo). Dessa forma, apenas um município pequeno do CIS MARG teve seu eleitorado aderindo à liderança de seu respectivo

pólo sub-regional. A estabilidade verificada nos anos de 1994 e 1998, confrontada com a diminuição do número de candidatos das cidades não-pólo a serem bem votados em 1998, significa que a diminuição de poder dos municípios-pólo se deu em duas etapas: na primeira (1998), os pólos concentraram o poder nas suas respectivas regiões, e na segunda (2002), o perderam para outros centros de influência do estado¹¹⁹.

Como forma de se resumir a situação de perda de poder político da região como um todo, foi elaborado um “índice de integração política”, que toma por base as informações contidas no Quadro 3.11 (ênfase dos três candidatos mais votados em cada cidade). Quando uma região tem três candidatos de origem local entre os mais bem votados, pode-se dizer que a integração política atingiu nela nível **absoluto**¹²⁰; quando dois candidatos a deputado estadual (dentre os três mais bem votados) têm por base o território considerado na análise, então é **alto** o grau de integração política da área em questão; é **médio** o nível de integração política quando apenas um candidato entre os três mais bem votados é local; e finalmente, é tido como **baixa** a integração quando nenhum dos candidatos da região considerada conseguiu se posicionar entre os três mais bem votados. Tal índice pode ser aplicado tanto a municípios isoladamente (inclusive pólos), quanto a sub-regiões do consórcio e ao todo do CIS. Abaixo, o Quadro 3.12 expõe as categorias de integração política que acabam de ser descritas:

Quadro 3.12: Níveis de integração política

Candidatos locais entre os três mais votados	Nível de integração política
3	Absoluto
2	Alto
1	Médio
0	Baixo

Fonte: Elaboração própria

Tendo por base o índice de integração política, vejamos o quadro final de relações de poder político no interior do CIS MARG, elaborado a partir da visão geral oferecida pelo Quadro

¹¹⁹ Destaca-se o avanço gradual de candidatos a deputado estadual provenientes das “zonas de influência” estaduais já vistas no presente trabalho (com algumas exceções, já que a cidade de Lavras também perdeu poder político em sua região de influência). A votação de candidatos originários de Belo Horizonte e Região Metropolitana tem sido cada vez mais expressiva na área do CIS MARG.

¹²⁰ Evidentemente, o emprego do termo “absoluto” no presente trabalho não deve ser considerado em seu significado estatístico de totalidade numérica. Deve ser visto apenas como indicação de que o debate político principal, realizado entre os candidatos de maior visibilidade e apoio popular, ficou restrito aos candidatos de uma origem específica no interior do CIS MARG.

3.11. O Quadro 3.13, abaixo, expõe o número de cidades que se encontram classificadas em cada categoria de integração política, tendo por base o consórcio como um todo, suas sub-regiões e os núcleos dessas (novamente nos anos de 1994, 1998 e 2002):

Quadro 3.13: Número de cidades em cada categoria de integração política, de acordo com a área de abrangência considerada

	1994				Nível Sub-				1998				Nível Sub-				2002				Nível Sub-															
	Nível CIS				Região				Nível CIS				Região				Nível CIS				Região															
	Baixo	Médio	Alto	Absoluto	B	M	A	Ab	B	M	A	Ab	B	M	A	Ab	B	M	A	Ab	B	M	A	Ab	B	M	A	Ab								
Campo Belo	1	2	5	0	2	5	1	0	2	6	0	0	0	8	0	0	0	8	0	0	4	3	1	0	6	1	1	0	6	1	1	0				
Oliveira	1	3	2	0	1	3	2	0	4	0	2	0	3	0	3	0	3	2	1	0	3	3	0	0	5	1	0	0	5	1	0	0	6	0	0	0
Santo Antônio do Amparo	2	1	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0
Total do CIS	4	6	7	0	6	8	3	0	9	6	2	0	6	8	3	0	6	10	1	0	6	11	0	0	12	4	1	0	14	2	1	0	15	1	1	0

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se, claramente, o afastamento político dos municípios do CIS MARG entre si ao longo do tempo. Se em 1994 eram quatro as cidades com **baixa** integração política no todo do consórcio, em 1998 essas já eram seis, e em 2002 passaram a ser 12. As cidades com **alto** nível de integração – na perspectiva do CIS como um todo – eram sete em 1994 (o maior grupo de cidades), três em 1998 e apenas uma em 2002 (que, por sua vez, era uma cidade-pólo).

Quando se adota a perspectiva sub-regional do CIS MARG, temos que em 1994 havia oito cidades com nível **médio** de integração e três com nível **alto**, em 1998 havia 10 cidades com nível **médio** de integração e uma com nível **alto** e, em 2002, apenas duas com grau **médio** de integração e uma com **alto** grau. O âmbito dos núcleos de sub-regiões do CIS MARG, indica o número de candidatos do pólo sub-regional se encontram entre os três mais bem votados de cada cidade, servindo assim como indicador da influência que os candidatos dos pólos do CIS MARG exercem sobre o eleitorado de suas respectivas sub-regiões. Assim, na análise dos pólos do CIS, temos que em 1994 seis cidades tinham grau **médio** de integração política e duas tinham **alto** grau de integração (a maioria – nove – tinha **baixo** grau de integração). Ainda no âmbito dos pólos do CIS MARG, em 1998, tem-se 11 cidades com nível **médio** de integração ao seu respectivo pólo (toda a sub-região de Campo Belo), nenhuma com nível **alto** ou **absoluto** de integração, enquanto seis continuam a apresentar **baixa** integração. Por fim, em 2000, apenas uma cidade com nível **médio** e outra com **alto** nível de integração, sendo que 15 apresentavam **baixo** nível de integração em relação a seus núcleos sub-regionais.

A título de conclusão desta análise política da região do CIS MARG, podemos afirmar que o consorciamento intermunicipal não produziu integração entre os municípios. Não surgiram lideranças políticas na área do CIS MARG com influência sobre os municípios-membro. Após três eleições para deputado estadual, o que se viu foi os candidatos originários das cidades do CIS MARG cada vez menos votados em sua própria região, e muitas vezes em suas próprias cidades de origem. Provavelmente – e o escopo do atual trabalho não permite o aprofundamento nessa questão – o aumento da presença de candidatos de outras regiões do estado entre os mais votados nas cidades do CIS MARG seja o fruto de acordos de apoio locais, fechados em separado entre cada prefeito e candidato a deputado estadual.

Sendo assim, temos o “municipalismo isolacionista” (fenômeno que o associacionismo veio combater) reproduzido no interior do CIS MARG, nas relações políticas entre seus membros: cada município estabelece sua própria conexão com as outras esferas federativas, de forma separada e isolada, desprezando os benefícios – tão evocados pelas propostas de consorciamento – advindos da união de todos sob uma única coordenação no plano das relações políticas interfederativas. Sequer esta proposta de integração surgiu de forma significativa, já que entre 1994 e 2002 a votação das lideranças locais cedeu quase todo o espaço que tinha para políticos de outras partes do estado. Dessa forma, não há vestígios de integração entre as cidades participantes do CIS MARG que ultrapassem alguns dos procedimentos próprios à área da saúde, que vão pouco além do mínimo necessário ao funcionamento do consórcio, como pudemos ver até aqui.

4. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS

4.1. Criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras (CIS LAV), fundado em 1999, tem sido, em muitos aspectos, a antítese do CIS MARG, visto no capítulo anterior. O CIS LAV surge em um momento em que não havia mais incentivos à formação de consórcios, quando já existia um modelo de consorciamento estabelecido em Minas Gerais e, principalmente, foi formado por municípios já experientes na criação e funcionamento de CIS. Estas – cruciais – características se devem ao fato de que o CIS LAV foi formado por um grupo de membros insatisfeitos do CIS MARG, que se articularam nos anos de 1999 e 2000 em torno de uma proposta alternativa de consorciamento.

O processo de afastamento do CIS MARG do grupo de municípios que deu origem ao CIS LAV começou em 1997 e terminou em 2001, mais de um ano depois do início do funcionamento do novo consórcio. A forma como se desenvolveu este processo é uma das chaves para se compreender o período de criação do CIS LAV, uma associação que ainda não foi objeto de estudo, como já foi o CIS MARG (FJP, 1996).

A criação de um consórcio dissidente do CIS MARG, com seus membros localizados ao redor do município de Lavras (e com sua rede de prestação de serviços praticamente toda baseada nessa cidade-pólo) é forte indicação de que o CIS LAV é resultado de uma disputa entre os centros de poder originais do CIS MARG. De fato, no capítulo 3 elencamos motivos que tornavam a permanência de Lavras no CIS MARG pouco vantajosa para este município, de forma que podia ser esperada uma pressão de Lavras para que o CIS MARG fosse reformado (por exemplo, adotando medidas de “compra” de serviços de saúde, o que daria mais destaque à rede predominantemente privada de saúde de Lavras) (FJP, 1996). Porém, não se pode afirmar que tenha ocorrido um movimento organizado de secessão de parte considerável do CIS MARG como decorrência direta desta disputa entre os pólos de poder do CIS original, principalmente porque Lavras não assumiu o – indispensável – papel de liderança regional.

Maiores cidade dentre o grupo que criou o CIS MARG, com população 1,66 vezes maior do que a de Campo Belo, PIB municipal 2,35 vezes maior do que o da maior cidade do CIS MARG (Campo Belo) e redes de saúde e de educação incomparavelmente maiores do que as das outras cidades da região, Lavras se retirou do CIS MARG principalmente por questões afeitas a seu cenário político interno. É fato que, dentro da estrutura administrativa e de serviços do CIS MARG, Lavras não ocupava uma posição condizente com o destaque que normalmente lhe cabe na região, e isso principalmente pelo fato de que, até a crise de 1999, a principal função do CIS MARG foi a de gerir e financiar o Hospital São Sebastião, localizado em Santo Antônio do Amparo¹²¹. Assim, à dificuldade em se obter ganhos políticos a partir de uma associação na qual Lavras não desempenhava papel protagonista, combinava-se uma dívida desse município referente às contribuições de nove meses do ano de 1996 (de abril a dezembro) como razões bastante fortes para que João Batista Soares da Silva, empossado prefeito de Lavras em janeiro de 1997, não visse com bons olhos a participação de sua cidade no CIS MARG. Entretanto, o fator crucial para o rompimento de Lavras com o CIS MARG foi de ordem política que, de certa forma, remonta a uma tradição de controle oligárquico do poder local que data da República Velha.

Neta, filha e esposa de ex-prefeitos de Lavras, Jussara Menicucci de Oliveira (PSDB) foi eleita para a Prefeitura Municipal de Lavras em 1992 com o apoio do prefeito que encerrava seu mandato, João Batista Soares da Silva (1989 – 1992). Célio de Oliveira – marido de Jussara Menicucci de Oliveira – havia antecedido a João Batista Soares da Silva no governo municipal (1983 – 1988), configurando uma troca de apoios bastante estável. Ocorre que, em 1996, a imprensa local registra o rompimento entre as duas partes¹²², de forma que o período até as eleições de 1996 foi de progressivo acirramento da disputa política. Eleito em 1996, João Batista Soares da Silva se lança em campanha contra o legado da ex-prefeita a partir do início de 1997, questionando medidas tomadas pela gestão anterior, expondo uma série de “denúncias” de vários níveis de gravidade – e de credibilidade – e, em certa medida, suspendendo ações iniciadas durante o governo anterior (Tribuna de Lavras, 4 jan. 1997). Assim, a participação de Lavras no CIS MARG, por ter sido medida fortemente associada à Administração Jussara Menicucci de

¹²¹ A distância rodoviária entre os municípios de Lavras e de Santo Antônio do Amparo é de 53 quilômetros.

¹²² Coincidentemente, o motivo aparente do rompimento se relaciona com a questão da cooperação intermunicipal: a demissão de um funcionário da AMALG (Associação Microrregional do Alto Rio Grande, então presidida pela prefeita de Lavras) ligado a João Batista Soares da Silva parece ter sido o estopim do confronto (Tribuna de Lavras 4 mai. 1996).

Oliveira, corria sério risco de ser cancelada a partir de janeiro de 1997, independentemente das desvantagens que essa parceria podia representar para o município e da dívida que se acumulara ao longo de 1996.

Em junho de 1997, é aprovada a Lei Municipal nº 2.322/97, que autorizava o prefeito de Lavras a efetuar o pagamento das contribuições em atraso para com o CIS MARG, que totalizavam R\$ 28.332,96, referente aos meses de abril a dezembro de 1996. Neste mesmo mês de junho, Lavras oficializa sua saída do CIS MARG, não sendo acompanhada por qualquer das cidades ao seu redor. Em 1998, sem que na presente pesquisa pudéssemos apurar os motivos, retira-se também do CIS MARG o município de Itumirim.

A partir de 1999 – como já dito no capítulo 3 – o CIS MARG passa a apresentar graves problemas financeiros, o que certamente deve ter se refletido na qualidade dos serviços prestados (o próprio fim da relação com o Hospital São Sebastião deve ter representado um choque significativo para os municípios-membro, acostumados com a oferta de uma ampla gama de serviços de saúde neste estabelecimento). A necessidade de deslocamentos constantes e a distância até Santo Antônio do Amparo (e outros pólos do CIS MARG) passaram a representar obstáculos maiores para as cidades do entorno de Lavras, pois os serviços que passaram a ser oferecidos pelo CIS não eram de alta complexidade, de difícil acesso ou de alto custo, sendo facilmente obtidos junto á rede privada de saúde de Lavras.

Coube ao então prefeito do município de Ribeirão Vermelho, Célio Carlos Carvalho (PDT), articular a criação de um novo consórcio, que reunisse apenas as cidades mais próximas (Entrevista 27, 2004). Em setembro de 1999 foi concluída a elaboração do estatuto do CIS LAV, sendo este ratificado pelos prefeitos de sete municípios da microrregião de Lavras¹²³: Carrancas, Ijaci, Ingaí, Itumirim, Lavras, Luminárias e Ribeirão Vermelho. A conclusão do processo de estabelecimento do CIS LAV se deu em março de 2000, juntamente com o início de suas atividades (Tribuna de Lavras, 11 mar. 2000; Entrevista 33, 2006).

Uma vez assegurado o acesso a uma estrutura capaz de fornecer serviços de saúde que complementassem aqueles oferecidos pelo SUS, os municípios-membro do CIS LAV passaram a oficializar seus desligamentos do CIS MARG: em 26 de janeiro de 2000 o fazem Carrancas, Ijaci e Ingaí; em março o faz Luminárias e, em agosto, Ribeirão Vermelho. Apesar de só se unir ao

¹²³ Dentre os municípios da microrregião de saúde de Lavras, apenas Perdões, Nepomuceno e Itutinga não ratificaram o estatuto do CIS LAV em 1999. Destas três cidades apenas a última não se uniu ao CIS LAV.

CIS LAV a partir de março de 2002, foi também em agosto de 2000 que o município de Nepomuceno se desvinculou do CIS MARG, provavelmente como resultado da crise vivida por esse consórcio. Também se junta posteriormente ao CIS LAV (outubro de 2001) a cidade de Perdões, passando a fazer parte simultaneamente de dois consórcios intermunicipais de saúde, até se desligar do CIS LAV no ano de 2005 (Entrevista 33, 2006).

Dessa forma, o CIS LAV conta, desde a sua fundação em 2000, com sete dos oito municípios que atualmente compõem esta associação intermunicipal. Provavelmente por ter se constituído como alternativa ao CIS MARG, o CIS LAV tem como característica principal o número reduzido de membros, e, conseqüentemente, poucas mudanças em sua composição ao longo de seus quase sete anos de existência.

É importante perceber o papel central desempenhado pela município de Ribeirão Vermelho nos momentos cruciais da história do CIS LAV. Não apenas atores políticos desta cidade foram responsáveis pela criação do consórcio em questão, como também se mostraram os únicos capazes de mobilizarem em torno de propostas comuns as pequenas cidades da região, constituindo assim uma força capaz de rivalizar com a de Lavras – ao menos provisoriamente – no processo decisório do CIS LAV. Assim, o funcionamento político do CIS LAV se dá, em um primeiro momento, a partir da “coalizão” entre Lavras e Ribeirão Vermelho: a primeira cidade “agindo” e a segunda “não reagindo” negativamente. O posicionamento de Ribeirão Vermelho – assim como a relação entre essa cidade e Lavras – constitui-se em variável quase tão importante para o funcionamento do CIS LAV quanto o panorama político da cidade-pólo em si. Com os olhos voltados para os “pontos sensíveis” acima destacados, vamos expor a seguir o perfil da região que compõe o CIS LAV.

4.2. A região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras conta hoje com oito municípios como seus membros: Carrancas, Ijaci, Ingaí, Itumirim, Lavras, Luminárias, Nepomuceno e Ribeirão Vermelho. Dentre estes, apenas Lavras e Nepomuceno podem ser consideradas “cidades médias”, pois se situam acima da marca dos vinte mil habitantes (MDS, 2004).

A desproporção existente entre as cidades que fazem parte do CIS LAV é muito mais aguda do que a verificada na análise dos dados do CIS MARG. A razão entre a maior população (Lavras) e a menor (Ingaí) é de 34 vezes (IBGE,2006). Já a maior receita orçamentária (novamente a de Lavras) é 19,66 vezes maior do que a menor receita orçamentária (Ingaí), algo que se destaca mesmo frente à proporção encontrada no CIS MARG (8,9 vezes) (IPEA, 2006). A comparação entre os PIBs municipais, entretanto, traz em si a indicação mais clara da correlação de forças existente no interior do CIS LAV: o total da riqueza produzida em Lavras é 40,54 vezes maior do que o da riqueza produzida em Ribeirão Vermelho, cidade com o menor PIB municipal da região (e, coincidentemente, o outro foco de dinamismo no processo de criação do CIS LAV) (IPEA, 2006).

Lavras possui mais estabelecimentos bancários do que todos os outros sete municípios do CIS LAV juntos, sendo que, desses, duas cidades (Ijaci e Ingaí) não possuem estabelecimento bancário algum (IBGE, 2006). O Quadro 4.1, abaixo, expõe de forma consolidada as informações apresentadas acima:

Quadro 4.1: Aspectos econômicos e financeiros dos municípios-membro do CIS LAV

	População	Participação no PIB regional	Estabelecimentos bancários	Composição do PIB			Receita Municipal	
				Primário	Secundário	Terciário	Total	Participação do FPM na receita
Carrancas	3.485	2,07%	1	36,62%	15,13%	44,27%	3.369.342,00	60,45%
Ijaci	5.434	6,97%	0	6,87%	65,32%	24,69%	3.496.422,31	59,78%
Ingaí	2.554	1,83%	0	47,17%	13,50%	34,41%	2.530.502,79	80,48%
Itumirim	6.556	2,24%	1	24,14%	16,13%	60,17%	3.449.173,71	59,05%
Lavras	86.841	67,15%	9	7,23%	35,64%	50,31%	49.759.009,84	17,73%
Luminárias	5.663	2,82%	1	41,58%	9,93%	45,57%	3.069.469,89	54,07%
Nepomuceno	25.294	15,27%	3	47,60%	8,09%	46,81%	10.792.053,00	39,63%
Ribeirão Vermelho	3.625	1,65%	1	13,23%	13,60%	71,82%	2.964.948,90	68,69%

Fonte: Elaboração do autor a partir de IBGE (2006), IPEA (2006).¹²⁴

Ainda de acordo com o Quadro 4.1, três cidades do CIS LAV têm mais de 60% de suas receitas orçamentárias compostas de recursos do Fundo de Participação dos Municípios (destaque para Ingaí, com 80,48%). Outros dois municípios – Ijaci e Itumirim – chegam muito próximos desse patamar, respectivamente com 59,78% e 59,05% de suas receitas totais compostas por repasses do FPM. Lavras, por outro lado, tem apenas 17,73% de seus recursos orçamentários oriundos do FPM (IPEA, 2006).

A composição da riqueza da área do CIS LAV se concentra no setor terciário em cinco municípios, no setor secundário em um, e no setor primário em duas cidades. Em quatro cidades do CIS LAV (Carrancas, Ingaí, Luminárias e Nepomuceno), o setor primário é responsável pela geração de mais de um terço da renda do município, ao passo que em dois municípios (Ijaci e Lavras) é o setor secundário o responsável por mais de um terço da riqueza local (IPEA, 2006). A análise das informações referentes ao PIB dos municípios da região ganha novo significado, entretanto, quando vemos que a cidade de Lavras é responsável por 67,15% da riqueza gerada na área do CIS LAV, de forma que – diferentemente do CIS MARG – nem mesmo a soma de todos os outros municípios é capaz de igualar o PIB da cidade mais rica da região. Na verdade, o dobro da soma de todos os outros PIBs municipais do CIS LAV ainda é menor do que o volume de riqueza produzido por Lavras (IPEA, 2006).

¹²⁴ Dados populacionais referentes ao ano de 2005 (IBGE, 2006). Dados referentes ao PIB municipal referentes ao ano de 2003 (IPEA, 2006). Dados referentes aos estabelecimentos bancários referentes ao ano de 2004 (IBGE, 2006). Dados referentes à receita municipal referentes ao ano de 2003 (IBGE, 2006).

A estrutura educacional da região apresenta – de forma mais aguda – a mesma tendência verificada na análise do CIS MARG: à medida em que se avança nos níveis de ensino, os estabelecimentos educacionais vão ficando cada vez mais concentrados nos municípios maiores e mais ricos. Por exemplo, na rede de ensino fundamental, Lavras e Nepomuceno apresentam números de estabelecimentos de ensino relativamente próximos – e muito superiores aos das outras cidades –, sendo também as duas únicas cidades a terem escolas privadas neste setor (IBGE, 2006). Quando se trata do ensino médio, entretanto, Lavras possui 14 estabelecimentos de ensino (sendo sete privados), Nepomuceno possui dois (um privado), e todos os outros municípios, apenas um cada. Por fim, no que tange ao ensino superior, o grau de concentração é total: todos os quatro estabelecimentos de ensino superior da região estão localizados em Lavras (sendo três privados e um público federal), de forma que toda a demanda da região deve ser atendida pelo único município-pólo do CIS LAV (IBGE, 2006). O quadro 4.2, abaixo, resume estas informações:

Quadro 4.2: Estrutura educacional dos municípios-membro do CIS LAV

	Fundamental				Médio				Superior			Total geral
	Total	Municipal	Estadual	Privada	Total	Municipal	Estadual	Privada	Total	Federal	Privada	
Carrancas	8	7	1	0	1	0	1	0	0	0	0	9
Ijaci	6	2	4	0	1	0	1	0	0	0	0	7
Ingáí	7	6	1	0	1	0	1	0	0	0	0	8
Itumirim	6	3	3	0	1	0	1	0	0	0	0	7
Lavras	39	22	8	9	14	0	7	7	4	1	3	57
Luminárias	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3
Nepomuceno	31	17	11	3	2	0	1	1	0	0	0	33
Ribeirão Vermelho	3	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4

Fonte: Elaboração do autor a partir de IBGE (2006)¹²⁵.

A estrutura de saúde dos oito municípios que compõem o CIS LAV pode ser melhor observada através da análise do número de leitos para internação disponíveis em cada município. A perspectiva do número de leitos para internação por município, também adotada no capítulo 3, é a mais propícia para fornecer o perfil da estrutura de saúde dos municípios de uma região pois não trata da oferta de serviços de baixa complexidade (com os da “atenção básica”, que estão disponíveis em praticamente todas as cidades do Brasil), e também não mede a oferta de serviços de alta complexidade (disponíveis apenas em poucos municípios, de significativo porte

¹²⁵ Dados relativos ao ano de 2004 (IBGE, 2006).

populacional). O Quadro 4.3, abaixo, expõe a estrutura de saúde da região do CIS LAV, a partir da perspectiva da disponibilidade de leitos para internação:

Quadro 4.3: Estrutura de saúde dos municípios do CIS LAV

	Público				Privado		Total Município
	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	SUS	
Carrancas	0	0	0	0	19	19	19
Ijaci	0	0	0	0	0	0	0
Ingai	0	0	0	0	0	0	0
Itumirim	0	0	0	0	0	0	0
Lavras	0	0	0	0	362	362	362
Luminárias	0	0	0	0	0	0	0
Nepomuceno	0	0	0	0	47	47	47
Ribeirão Vermelho	30	0	0	30	0	0	30
TOTAL CIS	30	0	0	30	428	428	458

Fonte: Elaboração do autor a partir de IBGE (2002)¹²⁶.

Metade dos municípios-membro do CIS LAV abriga, em suas estruturas de saúde, leitos para internação. Por si só, tal informação já é suficiente para caracterizar uma distribuição bastante desigual da estrutura de saúde: no CIS MARG, por exemplo, 64,70% dos municípios-membro abrigam leitos para internação (IBGE, 2002). A análise mais detida do quadro 4.3, entretanto, deixa claro um nível de concentração ainda maior: 79,03% dos leitos para internação de toda a área do CIS LAV se encontram no município de Lavras (362, de um total de 458) (IBGE, 2002). Os leitos de três municípios são de competência unicamente privada, porém disponibilizados para atendimento pelo SUS: Carrancas, Nepomuceno e Lavras, que juntos abrigam 93,45% de todos os leitos da região. Os 30 leitos públicos da área do CIS LAV se encontram em um hospital municipal, em Ribeirão Vermelho (IBGE, 2002).

Constatada esta estrutura de saúde tão claramente privatista, podemos retomar a discussão a respeito da conexão existente entre a forma de ação de um CIS e as características principais da estrutura de saúde onde este se estabelece. O processo de criação do CIS LAV, como pudemos ver, diferiu tremendamente da sucessão de acontecimentos que culminou na formação do CIS MARG: não estavam presentes atores externos e técnicos – como a FELUMA/FCM-MG, que participaram do CIS MARG –, não houve qualquer contato com os governos estadual e federal (de forma que não foram destinados recursos quaisquer para o CIS LAV), além de os atores do CIS LAV já terem vivido por alguns anos a experiência de estarem associados a um consórcio

¹²⁶ Dados referentes ao ano de 2002 (IBGE, 2002).

intermunicipal de saúde. Desta forma, não estavam presentes no CIS LAV os fatores de influência “pró-prestação de serviços” que atuaram durante a criação do CIS MARG, e o consórcio que se constituiu no entorno de Lavras foi moldado de acordo com a forma como são ofertados serviços de saúde na região. Por isso o CIS LAV foi, de sua origem até um passado muito recente, um “modelo puro” de consórcio “comprador de serviços” de saúde.

Levando-se em conta os dois casos aqui estudados, ganha consistência a hipótese desenvolvida no capítulo 3 a respeito dos principais fatores determinantes da escolha da forma de ação de um consórcio intermunicipal de saúde. Assim, a indução estadual tende a atuar como fator “pró-prestação de serviços”, na medida em que o governo estadual fornece às associações intermunicipais a estrutura necessária para a realização direta desses. A indução estadual à cooperação intermunicipal, quando feita através da cessão de patrimônio, tem seu efeito prolongado à medida em que os equipamentos de posse da associação forem de difícil acesso a municípios isolados (principalmente devido ao alto preço e custos de manutenção), e tiverem longa vida útil. Tal vinculação entre as características do patrimônio cedido pelo governo estadual e a força da política de indução por esse realizada é que explica o fato de que, quase trinta anos após terem sido criadas, as Associações Microrregionais continuam sob influência dos incentivos que marcaram seu período de criação (como explica o capítulo 2).

4.3. Estrutura e serviços do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras

A estrutura institucional do CIS LAV não apresenta grandes discrepâncias em relação à do CIS MARG: possui um Conselho de Prefeitos (que elege o Presidente do Consórcio entre um de seus membros), um Conselho Técnico (formado pelos secretários municipais de saúde) e uma Secretaria Executiva. A principal diferença reside no mandato do Presidente do Consórcio: ao invés de dois anos com direito a reeleição, como ocorre no CIS MARG, o Presidente do CIS LAV exerce seu mandato por um ano, também com direito a concorrer a uma reeleição (Entrevista 33, 2006).

Por se tratar, entretanto, de um consórcio com pouco patrimônio a ser administrado (porém que realiza muitas tarefas diariamente), o CIS LAV tem seu centro decisório mais importante na Secretaria Executiva, pois ao ocupante desse cargo compete tomar as decisões cotidianas. O direcionamento do CIS LAV é decidido a partir da soma de inúmeras decisões tomadas diariamente pelo Secretário Executivo do consórcio, já que não existe um conjunto de aparelhos a serem – por exemplo – realocados a partir de uma decisão do Presidente do CIS, o que mudaria a configuração das relações de poder internas ao consórcio. Em 2005, com a liberação para o CIS LAV de R\$ 250.000,00 por parte da Secretaria de Estado de Saúde para investimento em infra-estrutura (primeira vez em que este consórcio conta com recursos de origem não-municipal), a forma como vinha sendo dividido o poder no interior do consórcio sofreu uma significativa mudança, favorável à Presidência do CIS. Tal questão, entretanto, será melhor analisada na próxima seção, que trata das relações de poder entre os membros do consórcio.

O CIS LAV se caracteriza, primordialmente, por ser um consórcio “comprador de serviços”. Basicamente, sua atuação consiste em concentrar a demanda por serviços de saúde dos municípios-membro e, representando um grande número de “clientes em potencial”, negociar preços especiais junto à iniciativa privada – principalmente a do município de Lavras. Como forma de garantir a credibilidade do CIS junto aos prestadores de serviços, os agendamentos e

pagamentos de procedimentos são realizados pelo consórcio, que para isso faz uso das contribuições mensais feitas pelos municípios-membro.

Cada cidade participante do CIS LAV contribui com um valor mensal fixo – que até 2005 correspondia, a 1,5% do repasse do FPM¹²⁷ – do qual é retirado o percentual de 17% para custeio da estrutura administrativa do consórcio. Os 83% restantes da contribuição feita pelos municípios significam o valor disponível para gasto com os serviços de saúde a serem escolhidos por cada cidade (Entrevista 23, 2004; Entrevista 33, 2004; Entrevista 39, 2006). A única restrição existente é quanto ao “credenciamento” dos prestadores de serviços junto ao CIS: a remuneração paga pelo consórcio é pautada por tabela própria, de forma que o prestador de serviço deve concordar previamente com os preços e condições apresentados pelo CIS LAV para se tornar elegível para o recebimento de pacientes dos municípios consorciados (Entrevista 37, 2006).

Neste sistema, cada município define sua própria cota de serviços de saúde, usando-a da forma como desejar. O atraso no pagamento da contribuição, por parte de algum município, terá como principal prejudicado o próprio município, que ficará sem recursos para serem revertidos em serviços de saúde. A independência entre os membros é muito grande, assim como a liberdade com a qual cada um pode contar no interior do consórcio. A própria distribuição dos serviços dentro da região do CIS – que é assunto de alta volatilidade no contexto de um consórcio “prestador”, como o CIS MARG – pode ser realizada com extrema facilidade no CIS LAV: basta que o município interessado credencie a estrutura de saúde baseada em seu território junto à administração do consórcio, para assim poder requisitar a essa que seus pacientes sejam encaminhados para a estrutura local de prestação de serviços de saúde. Trata-se do fenômeno da “descentralização feita pelas pontas”, levada a cabo pelos atores mais periféricos da associação, e que sob outras condições institucionais não teriam poder para implementar tal tipo de mudança.

¹²⁷ Apenas o município de Ingaí fugia a esta regra, destinando 2,5% de seu FPM ao CIS LAV (Entrevista 22, 2004; Entrevista 26, 2004; Entrevista 35, 2006). A vinculação entre a contribuição municipal ao consórcio e o repasse de recursos pelo FPM era prática comum em outubro e novembro de 2004, quando foi realizada a primeira série de entrevistas na região do CIS LAV para a elaboração do presente trabalho. Em 2005, entretanto, foi abolida tal vinculação, substituída pela determinação de valores fixos mensais. Tal mudança foi motivada pela publicação da Lei Federal 11.107/05 (que veda a vinculação entre parcelas do FPM e o financiamento dos consórcios públicos) e foi bem aceita pelos consórcios intermunicipais de saúde, uma vez que esses passaram a poder planejar com maior precisão o uso de seus recursos financeiros, já que o total transferido pelo FPM apresenta variações constantes (Entrevista 23, 2004; Entrevista 12, 2006; Entrevista 33, 2006). A metodologia do cálculo de tal contribuição de valor fixo partiu da média das 12 últimas contribuições vinculadas ao repasse do FPM, de forma que não houve – ainda hoje – grande variação entre os valores das contribuições realizadas sob as duas metodologias de cálculo.

Como resultado desta possibilidade de descentralização, em maio de 2006 havia prestadores de serviços credenciados junto ao CIS LAV em cinco municípios: Lavras, Ribeirão Vermelho, Carrancas, Nepomuceno e Varginha (que não participa do consórcio, mas que sedia um hospital privado que realiza um exame – não disponível na área do consórcio – para a clientela do CIS LAV). Mesmo que 95% dos serviços do CIS LAV sejam concentrados em Lavras (Entrevista 23, 2004; Entrevista 33, 2004), não se pode deixar de considerar que em Ribeirão Vermelho são realizadas várias cirurgias eletivas¹²⁸ pelo consórcio (o hospital municipal “vende seus serviços” ao CIS, como se privado fosse) e que está constantemente aberta essa possibilidade de “descentralização pelas pontas” para as cidades dotadas de estrutura de saúde capacitada¹²⁹ (Entrevista 27, 2004; Entrevista 38, 2006). Este tipo de descentralização dos serviços do CIS é mostra da flexibilidade do modelo de “compra de serviços” de saúde. Cada município tem autonomia para dar a forma que mais lhe for conveniente à sua “parcela” do CIS LAV. As “alternativas locais” de uso do consórcio – vistas no CIS MARG sobretudo através da utilização da aparelhagem do consórcio pela prefeitura de Perdões – constituem mais a regra do que a exceção no CIS LAV, já que não existe padrão uniforme para o uso das cotas de compra de serviços disponíveis aos membros. Assim, cada secretaria municipal de saúde escolhe sua própria metodologia para o uso do consórcio intermunicipal de saúde.

A partir de entrevistas realizadas em sete das oito secretarias municipais de saúde da área do CIS LAV, pôde ser apurado que predomina o uso do CIS LAV para a obtenção de exames e consultas médicas, pois procedimentos mais complexos em geral representam custos altos, que comprometeriam boa parte da cota mensal de serviços de saúde de um município com uma pequena quantidade de pessoas atendidas. Esta abordagem “pró-consultas” é um dos poucos pontos de concordância entre os secretários municipais de saúde no que se refere ao uso dos recursos que cada um possui junto ao CIS LAV. Via de regra, predomina a ação particularizada e descoordenada, com cada secretaria municipal de saúde usando métodos próprios – ou nenhum método – para definir sua utilização da estrutura de saúde disponibilizada pelo CIS LAV: há municípios que fazem uso de sistema informatizado de controle e avaliação para preverem a demanda local e assim estabelecerem prioridades mensais de uso do CIS, como também há outros

¹²⁸ São cirurgias relativamente simples, que não necessitam ser realizadas com urgência, e que por isso não são disponibilizadas pelo SUS em pequenas cidades (Entrevista 38, 2006).

¹²⁹ O município de Nepomuceno credenciou um ginecologista local para atendimento pelo CIS (Entrevista 29, 2004; Entrevista 37, 2006), e o município de Carrancas credenciou a realização do exame de ultrassonografia em seu território (Entrevista 33, 2006).

que não usam método algum, apenas a ordem de chegada dos cidadãos demandantes por serviços de saúde, além de cidades que, em geral, privilegiam a realização de serviços específicos (apenas uma especialidade médica, ou exame em especial). Também o relacionamento entre o CIS e o SUS nas cidades pode ocorrer de várias formas diferentes. No caso do CIS MARG, em que a oferta de serviços pelo consórcio é definida pelo tipo de aparelhos disponíveis para a “prestação de serviços”, a relação entre CIS e SUS não é objeto de decisão política ou técnica, (à exceção dos municípios-pólo, que possuem aparelhagem semelhante à que o CIS mantém em seu território). No CIS LAV, porém, a elasticidade da oferta de serviços é muito grande, o que abre várias possibilidades de interação entre o sistema nacional e o sistema intermunicipal de saúde pública. O que ocorre na relação CIS/SUS é semelhante ao que foi visto na escolha do tipo de serviço a ser oferecido: cada município adota um padrão próprio de ação, que varia desde a complementação quantitativa dos serviços já oferecidos pelo SUS (principalmente para os serviços que tradicionalmente têm grande demanda), até o oferecimento apenas de serviços que não são disponibilizados pelo SUS, passando por estratégias que buscam fazer uso da rapidez dos procedimentos do CIS para o tratamento dos pacientes mais graves.

Enfim, as formas bastante diferenciadas com que os municípios do CIS LAV organizam o uso dos serviços do consórcio, assim como a integração deste com a estrutura do SUS em cada cidade, suscitam uma questão importante: o alto grau de liberdade proporcionado por um consórcio “comprador de serviços” como o CIS LAV pode ser visto como um obstáculo ou como um incentivo à cooperação entre os municípios consorciados? A rigidez institucional de um consórcio “prestador de serviços”, como o CIS MARG, fez com que surgisse a sub-regionalização da área deste CIS, algo que bloqueou a possibilidade de integração entre o todo dos municípios consorciados, mas ao mesmo tempo serviu de incentivo para o surgimento de cooperação em áreas específicas entre as cidades de cada sub-região. Já a forma de funcionamento do CIS LAV exige muito pouco dos municípios-membro em termos de cooperação, pois o consórcio pode – no limite – funcionar até mesmo sem o município-pólo, já que a estrutura de prestação de serviços é privada.

Se o CIS MARG foi descrito no capítulo 3 como uma “cooperação forçada”, o CIS LAV pode ser caracterizado aqui como uma forma de “cooperação individualizada”, na qual os municípios envolvidos demonstraram coordenação apenas no momento da instituição do CIS. Acontecimentos recentes, que serão discutidos na seção a seguir, alteraram forçosamente a

postura dos municípios-membro do CIS LAV, tirando esse consórcio da posição de híbrido entre “cooperação intermunicipal” e “municipalismo isolacionista” em que se encontrava.

4.4. Relações internas do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras

As comparações realizadas no início do presente capítulo são bastante claras ao marcarem a cidade de Lavras como o grande centro econômico, educacional e de saúde da região do CIS LAV. A influência de Lavras, na verdade, é tão significativa que engloba toda a área vista no capítulo 3 como sujeita à influência da cidade de Campo Belo: de acordo com o levantamento realizado pelo IBGE (IBGE, 2000), a região de Campo Belo é apenas uma sub-divisão da área pela qual se estende a influência de Lavras. Desta forma, a classificação do CIS LAV como um consórcio “unipolar” não deve vir como surpresa, pois todos os sete municípios “não-pólo” se encontram sob influência direta de Lavras (IBGE, 2000). Os quadros das influências – externas e internas – que atuam sobre as cidades, que foram desenvolvidos na análise do CIS MARG, perdem sentido no caso do CIS LAV pois, além de se tratar de um consórcio unipolar, sua cidade-pólo exerce grande influência sobre vasta área ao seu redor (inclusive sobre muitos municípios do CIS MARG)¹³⁰.

Outra característica do CIS LAV sobre a qual restam poucas dúvidas é a sua forma de atuação. Principalmente por ter sido constituído por membros insatisfeitos do CIS MARG – mas, em grande medida, também devido ao fim da política estadual de apoio à formação de consórcios – o CIS LAV sempre pôde ser descrito como um exemplo de consórcio “comprador de serviços de saúde”, pois até o ano de 2005 jamais havia possuído qualquer estrutura própria para a realização desses serviços¹³¹.

A combinação destas duas características básicas do CIS LAV – “unipolaridade” e “compra de serviços” – forma as bases de uma estrutura de funcionamento tremendamente flexível. A “compra de serviços” faz com que exista pouco patrimônio comum aos municípios do consórcio, o que se traduz em um menor número de motivos para discordâncias entre membros.

¹³⁰ Deve ser notado, como forma de ilustração, o fato de que os municípios de Ijaci e Ribeirão Vermelho possuem linhas de ônibus “circulares” ligando-os a Lavras, como se se tratasse de uma mesma cidade (Entrevista 38, 2006; Entrevista 39, 2006). Neste mesmo sentido, cabe a classificação que funcionária da secretaria municipal de saúde de um terceiro município da região fez da relação entre sua cidade e Lavras: *...nós somos um bairro afastado de Lavras* (Entrevista 34, 2006).

¹³¹ A compra de aparelhos pelo CIS LAV para a “prestação de serviços” de saúde – que será melhor exposta adiante –, apesar de ter começado a causar forte influência no consórcio desde o ano de 2005, ainda não havia sido concluída em maio de 2006, quando foi realizada a última série de entrevistas na região para a elaboração do presente trabalho.

Já a “unipolaridade” faz com que não exista ator forte o suficiente para fazer frente ao pólo principal de poder da associação. O local de prestação dos serviços de saúde, a quantidade à qual terá direito cada cidade, a determinação de quais serviços estarão disponíveis, enfim, todos os principais geradores de instabilidade no funcionamento do CIS MARG, estão esvaziados de conteúdo político no CIS LAV: são resultado de decisões tomadas por cada município em separado, ou das características da rede privada de saúde da região (em última instância, decorrem da situação econômica da região, retratada no Quadro 4.1 do presente capítulo). A necessidade de consenso entre os prefeitos participantes do CIS LAV se limita a poucos assuntos, e que geralmente têm pequeno efeito sobre o funcionamento do consórcio, como, por exemplo, o credenciamento de novos prestadores de serviços (ao município que discordar, basta não comprar os serviços do prestador em questão) (Entrevista 22, 2004).

A Figura 4.1, abaixo, apresenta graficamente o grau de autonomia desfrutado pelos membros do CIS LAV:

Figura 4.1: Forma de atuação e autonomia do CIS LAV



Fonte: Elaboração própria.

Até meados do ano de 2005 o CIS LAV se encontrava no nível máximo de liberdade possível em um consórcio intermunicipal de saúde. Ligação mais tênue entre os municípios

implicaria a desagregação da associação. Na verdade, o CIS LAV apresenta pequenos sinais de desagregação: da mesma forma que a rede privada de saúde da região é contratada pelo consórcio, ela pode também vender seus serviços para secretarias municipais de saúde isoladas, o que tem ocorrido em pequena escala por parte de poucos municípios¹³². Ainda não existe a percepção, por parte dos consorciados, de que o CIS LAV é – em certa medida – dispensável para a realização do tipo de função que vem desempenhando desde sua criação. Esta possibilidade, porém, parece ter sido prevista pela administração do CIS LAV, pois medidas no sentido de dificultar o contato direto entre prestadores e municípios sempre fizeram parte do cotidiano do consórcio¹³³.

Uma vez que foi abordado um dos limites do modelo de consórcios “compradores de serviços”, convém aqui abordar outros, antes de prosseguirmos tratando do surgimento de integração entre municípios no âmbito deste tipo de CIS. Por contar com instituições privadas para a realização de suas tarefas-fim, os consórcios “compradores de serviços” estão sujeitos a algumas variáveis próprias de um ambiente de mercado. A principal destas é o preço cobrado pelos serviços de saúde: mesmo este sendo reduzido no processo de credenciamento do prestador junto ao CIS, pode ser originalmente alto por uma série de razões, o que tornaria o desconto feito ao consórcio praticamente inócuo. O principal fator a elevar o preço dos serviços de saúde disponibilizados para um CIS “comprador” é a pequena oferta de determinados procedimentos na região do consórcio, o que vale especialmente para exames relativamente complexos, geralmente oferecidos por apenas um prestador (a relativamente pequena demanda local tornaria inviável a existência de concorrência)¹³⁴. Outros fenômenos relacionados com o processo de formação de

¹³² A compra de serviços de saúde pelas administrações municipais é prática comum na região do CIS LAV, porém é adotada como forma de se complementar o atendimento fornecido pelo SUS e pelo CIS. A compra de serviços junto à rede credenciada pelo CIS, apesar de rara, também ocorre. A prática que mais indica o potencial de desagregação do CIS LAV, entretanto, é outra, e ocorre quando o município-membro já não possui crédito junto ao CIS: a secretaria municipal de saúde negocia, junto à rede credenciada do consórcio, preços especiais a serem pagos pelo próprio paciente. É bastante comum tal prática na região do CIS LAV, o que mostra que um município isolado poderia – hipoteticamente – ter acesso a preços abaixo dos de mercado à rede privada de saúde de Lavras fazendo ou não parte do consórcio intermunicipal de saúde.

¹³³ O contato direto entre municípios e prestadores de serviços de saúde é, no que tange às regras de funcionamento do CIS LAV, absolutamente vedado. (Entrevista 22, 2004; Entrevista 33, 2006; Entrevista 36, 2006).

¹³⁴ Um dos entrevistados ilustrou tal problema com números: enquanto o preço do exame “duplex scan de membros superiores” era de R\$ 180,00 em Lavras (preço para municípios consorciados) em novembro de 2004, em Belo Horizonte tal procedimento poderia ser realizado ao custo de R\$ 120,00 (Entrevista 26, 2004). O entrevistado sugere, inclusive, o credenciamento de prestadores de Belo Horizonte junto ao CIS LAV, uma vez que a realização concomitante de mais de um exame na capital mineira significaria economia de recursos suficiente para cobrir os custos de transporte dos pacientes. Até a realização da segunda etapa das entrevistas para a elaboração do presente trabalho, em maio de 2006, não havia sido cadastrado qualquer novo prestador de serviços

preço dos serviços de saúde comprados pelo CIS LAV são a formação de cartel entre os prestadores de serviços de saúde¹³⁵ e o direcionamento da demanda do CIS apenas para alguns prestadores específicos (Entrevista 32, 2006; Entrevista 41, 2006). Desta forma, temos que o CIS LAV, ao se afastar do setor público na disponibilização de serviços de saúde, se “despolitiza” e se torna mais ágil e flexível em seu funcionamento; ao mesmo tempo, porém, sua proximidade em relação à iniciativa privada tende a tornar sua estrutura mais vulnerável aos vícios do mercado.

Se o funcionamento do CIS LAV tendia a ser mais “despolitizado”, e por isso mais ágil e eficaz, devido à combinação entre “compra de serviços” e “unipolaridade”, há ainda outras conseqüências desta estrutura institucional que devem ser aqui expostas. Na seção anterior, foi dito que a grande liberdade desfrutada pelos municípios no interior do CIS LAV poderia atuar como fator de desestímulo ao surgimento da cooperação entre os membros do consórcio. De fato, há no CIS LAV poucos fatores que exigem negociação, consenso ou mesmo um relacionamento próximo entre os representantes das cidades consorciadas. É difícil conceber, no âmbito do CIS LAV, situações como a do “voto em bloco”, articulação realizada no CIS MARG entre os membros das sub-regiões de influência, que acabam por aproximar as cidades dentro de cada uma dessas áreas do consórcio.

Por outro lado, a cooperação entre as secretarias municipais de saúde – também verificada no âmbito das sub-regiões do CIS MARG – é bastante significativa na área do CIS LAV. Isso indica não apenas que existe entre os pequenos municípios do CIS LAV um certo grau de integração setorial, como também que este pode ser atribuído diretamente à existência do consórcio: uma vez que a coincidência entre os municípios consorciados e os participantes da microrregião de saúde é praticamente total¹³⁶, as reuniões de ambas são realizadas nos mesmos dias, fazendo com que os secretários municipais de saúde tenham uma relação constante e muito próxima (Entrevista, 24, 2004; Entrevista 25, 2004; Entrevista 30, 2004; Entrevista 37, 2006).

fora da área do CIS LAV (continuava a haver apenas um hospital, em Varginha, responsável por procedimento não oferecido pela rede privada de saúde dos membros do consórcio em questão).

¹³⁵ Estabelecimento, entre prestadores, de um “preço mínimo” a ser praticado, geralmente mais alto do que o preço que poderia ser obtido pelo consórcio em negociações particulares com cada prestador.

¹³⁶ A microrregião de saúde de Lavras é composta pelos oito municípios-membro do CIS LAV, além das cidades de Cana Verde, Itutinga e Perdões. As secretarias municipais de saúde de cada microrregião de saúde realizam reuniões mensais como parte das atividades da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), instância de participação da gestão do SUS (Entrevista 12, 2006, Entrevista 37, 2006, SES/MG, 2006). Já a microrregião para fins de planejamento da qual Lavras participa é composta de todas as cidades do CIS LAV, acrescidas do município de Itutinga (ALEMG, 2006).

Assim, constatamos que, se a estrutura institucional do CIS LAV não favorece a aproximação entre os municípios consorciados (o que fica claro pelas diversas formas através das quais o CIS é utilizado e integrado ao SUS, variando de cidade para cidade), as características próprias da região onde se encontra o CIS LAV fornecem incentivos significativos para a cooperação intermunicipal na área de saúde. O resultado é uma integração restrita às políticas de saúde, e de baixa intensidade¹³⁷ (pois esporádica e não regida por regras fixas ou planejamento), da mesma forma como ocorre nas sub-regiões do CIS MARG. A integração surgida em ambos os consórcios pesquisados se restringe, assim, a relações setoriais e esporádicas, unindo as menores cidades consorciadas.

Merece detalhamento, de agora em diante, a estrutura unipolar do CIS LAV. A desproporção evidente entre os números da cidade de Lavras e os de suas vizinhas não deixa dúvidas quanto à posição de liderança do município-pólo da região. Existe, entretanto, certo ressentimento das cidades menores em relação a Lavras, principalmente no que se refere ao CIS LAV: a dependência em relação à maior cidade é sempre aceita, mas não sem certo grau de desconforto (Entrevista 40, 2006). As características estruturais do CIS LAV, entretanto, parecem capazes de impedir que possíveis efeitos negativos advindos da liderança de Lavras afetem o funcionamento do consórcio: uma vez que este se baseia na rede privada de saúde de cada cidade, todos os municípios são livres para buscarem o credenciamento de suas respectivas estruturas de saúde junto ao CIS LAV; a concentração de serviços em Lavras é mera consequência da situação sócio-econômica da região, e não resultado de qualquer decisão política.

Tal estado de coisas sempre foi capaz de garantir a estabilidade do CIS LAV, até que chega o ano de 2005, e com ele a oferta da Secretaria de Estado da Saúde de R\$ 250.000,00 para que os consórcios intermunicipais de saúde realizassem investimentos em infra-estrutura¹³⁸. Pela primeira vez, um consórcio exclusivamente “comprador de serviços” como o CIS LAV se via diante da perspectiva da posse de infra-estrutura própria de “prestação de serviços” (assim como dos problemas que daí decorrem). O equilíbrio existente entre os municípios que participam do

¹³⁷ Trata-se das mesmas práticas relatadas no capítulo 3: troca de estoques de medicamentos, caronas para pacientes e funcionários das secretarias municipais de saúde e, em escala bem mais reduzida, a cessão – temporária – de créditos para serem utilizados na compra de serviços de saúde (Entrevista 22, 2004; Entrevista 24, 2004; Entrevista 27, 2004; Entrevista 29, 2004; Entrevista 31, 2004; Entrevista 35, 2006; Entrevista 36, 2006; Entrevista 39, 2006).

¹³⁸ Trata-se de uma versão mais refinada – pois exigia a apresentação prévia de projetos de aplicação das verbas, ao mesmo tempo em que dava mais liberdade para que os consórcios escolhessem como usar tais recursos – da política azeredista de apoio aos CIS.

CIS LAV foi rompido no momento em que foi iniciada a discussão a respeito do local em que ficariam estabelecidos os novos aparelhos de auxílio diagnóstico¹³⁹. Dando voz ao ressentimento geral dos pequenos municípios, a prefeita de Ribeirão Vermelho – Presidente do CIS – oferece as dependências do Hospital Municipal para abrigar os equipamentos a serem adquiridos, recebendo apoio da maioria dos membros do CIS e derrotando proposta feita por Lavras. Tal situação mostra como, em um contexto de mudança estrutural do CIS LAV, as relações tradicionais de poder têm sua validade relativizada, desenhando para o futuro do consórcio em questão um quadro de incertezas.

Pode-se especular, a partir do ocorrido ao longo do ano de 2005, que se tenha estabelecido no interior do CIS LAV uma correlação de forças, no mínimo mais complexa de ser compreendida. Um eixo de poder alternativo ao de Lavras poderá vir a se formar, tendo como centro o município de Ribeirão Vermelho, atualmente governado por uma mulher que – como em Lavras – também descende de ex-prefeito¹⁴⁰. Antes tidas como as principais parceiras na arena política da região, as prefeitas de Lavras e de Ribeirão Vermelho se encontram atualmente afastadas em uma – rara – disputa que tem a cooperação intermunicipal como seu *locus* principal. As associações intermunicipais da região são presididas pelas duas prefeitas em questão: a AMALG pela prefeita de Lavras, Jussara Menicucci de Oliveira (PSDB), e o CIS LAV pela prefeita de Ribeirão Vermelho, Ana Rosa Lasmar (PTB), tendo Jussara Menicucci de Oliveira como vice-presidente. Figura-chave nessa configuração de poder é, entretanto, o Secretário Executivo do CIS LAV, Lourival Gualberto Júnior, que exerce o cargo desde a criação do consórcio (à exceção do ano de 2004). Como já dito anteriormente, em um consórcio “comprador de serviços” o poder está concentrado nas mãos do Secretário Executivo, pois se trata de uma associação altamente dinâmica e com pouco patrimônio próprio. Ex-Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Vermelho, Lourival recebeu a indicação para ocupar a Secretaria Executiva do CIS LAV no momento em que esse era criado, por iniciativa do prefeito de Ribeirão Vermelho, Célio Carlos de Carvalho (PDT, 1997 – 2004). Assim, a principal posição de controle do consórcio era exercida por um ator ligado à administração de Ribeirão Vermelho, com a anuência da liderança de Lavras. Desentendimentos entre a Secretaria Municipal de Saúde de Lavras e o

¹³⁹ Decidiu-se, sem grandes polêmicas, pela compra de três aparelhos para a realização de exames (Entrevista 33, 2006; Entrevista 37, 2006).

¹⁴⁰ Ana Rosa Lasmar (PTB), atual prefeita de Ribeirão Vermelho, é filha de Nilton Lasmar (PDS), prefeito do mesmo município entre 1992 e 1996.

Secretário Executivo do CIS LAV levaram ao afastamento desse em abril de 2004, provando que a anuência do município-pólo era essencial para a sustentação deste ator em seu cargo. A não-reeleição do prefeito de Lavras – Carlos Alberto Pereira (PPB) – em 2004 trouxe Jussara Menicucci de Oliveira de volta ao poder, aliada a Ana Rosa Lasmar que vencera em Ribeirão Vermelho: resultado dessa coalizão foi a recondução de Lourival à Secretaria Executiva do CIS LAV – novamente como figura de consenso –, ao mesmo tempo em que esse era indicado também para o comando da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Vermelho, cargo no qual permaneceria até meados de 2005 (época em que ocorreu o rompimento entre as duas prefeitas).

A razão da exposição feita acima é a de ilustrar a forma como a ocupação de espaços na estrutura burocrática de uma associação intermunicipal pode ser importante para definir as relações de poder no interior dessa. Mas mais importante ainda é perceber como Lavras, ao concentrar seu foco cooperativista na AMALG (tida como mais tradicional, e por isso capaz de oferecer maior prestígio político regional ao prefeito que a preside), torna possível que um dos menores municípios do CIS obtenha a iniciativa na área da saúde da região, e assim conquiste uma posição privilegiada no “novo CIS LAV” que se articula (em parte, “prestador de serviços”). A ação de Ribeirão Vermelho uniu os pequenos municípios em oposição ao pólo regional, estabelecendo uma aliança – entre iguais – que contorna Lavras, mas cuja consistência ainda está por ser testada, dado o pouco tempo transcorrido desde o início de tais mudanças. Mediante uma política de negociações – e concessões – em separado com cada membro do CIS LAV, Lavras pode facilmente enfraquecer tal “coligação de pequenos”, recuperando a liderança sobre o consórcio no momento em que este passa a ficar permeável ao ambiente político da região.

Dentro do contexto de transição estrutural acima descrito, vejamos a Figura 4.2, que representa a mudança ocorrida no CIS LAV com a compra de equipamentos para a prestação de serviços de saúde:

Figura 4.2: Forma de atuação e autonomia na mudança estrutural do CIS LAV



Fonte: Elaboração própria.

Podemos perceber, pela figura acima, o quão drástica foi a mudança sofrida pelo CIS LAV em sua estrutura, a partir da aquisição de aparelhagem para “prestação de serviços” de saúde. A importância que passaram a ter – para o funcionamento do consórcio – fatores de ordem política regional permitiu que fosse articulada a coalizão de pequenos municípios descrita logo acima. Qual o impacto, então, tanto da mudança estrutural do CIS LAV quanto da atual conjuntura de alianças entre os membros do consórcio, para o surgimento e desenvolvimento da cooperação intermunicipal nesta região?

É fato, comprovado nas análises tanto do CIS MARG quanto do CIS LAV, que o funcionamento de um consórcio tem capacidade de integrar – pelo menos setorialmente – os pequenos municípios. A partir desta perspectiva, o CIS LAV tem pela frente a possibilidade de alcançar um alto grau de integração entre seus membros, pois sete dentre oito deles são muito menores do que o pólo regional. Ao mesmo tempo, é bastante difícil imaginar que a principal cidade da região aceite permanecer em uma associação na qual represente papel secundário (fator importante, inclusive, na saída de Lavras do CIS MARG), de forma que é preciso encontrar lugar para o município-pólo da região no arranjo integracional articulado pelas pequenas cidades da associação. Por mais que seja teoricamente viável um CIS LAV sem a participação de Lavras,

trata-se de uma situação na qual a sobrevivência do consórcio é bastante improvável, principalmente se levarmos em conta que, a partir da compra de equipamentos próprios, os custos de operação do CIS LAV tendem a crescer significativamente no futuro próximo. A atual correlação de forças existente no CIS LAV, que reúne as pequenas cidades sob a liderança de Ribeirão Vermelho, é estruturalmente instável, por não prever lugar para o pólo da região.

Assim, o futuro do associativismo intermunicipal na região do CIS LAV depende da construção de um equilíbrio entre o município-pólo de Lavras e os sete outros membros do consórcio. Tal equilíbrio foi facilmente construído e mantido durante os cinco primeiros anos de existência do CIS LAV, período durante o qual essa foi marcadamente uma associação isolada em relação a questões políticas locais e regionais. Agora que o CIS LAV assume características de “prestador de serviços”, e passa a ter seu funcionamento mais diretamente permeado por questões políticas, seu equilíbrio interno passa a depender da conjuntura política regional. A relação entre as elites políticas das cidades da região tenderá a ser reproduzida no interior do CIS que, assim como no caso do CIS MARG, passará a ser visto como mais um instrumento disponível para a obtenção de prestígio político por parte dos governantes locais. Deve ser dito a esse respeito que o CIS LAV conta com um agravante significativo em matéria de “potencial de politização” do uso do consórcio em comparação com o CIS MARG: dos sete municípios do CIS LAV onde foram realizadas entrevistas para a realização do presente trabalho, seis apresentaram a maioria da população como capaz de identificar e reconhecer o CIS LAV como ferramenta alternativa de política de saúde, algo que não ocorreu com tanta intensidade no CIS MARG¹⁴¹. Desta forma, podemos esperar que o CIS LAV passe a ser bastante disputado pelos políticos da região, e que isso dificulte o estabelecimento do equilíbrio entre as pequenas cidades associadas e o pólo regional.

A aliança entre pequenos municípios dificilmente conseguirá impor resistência a uma ação mais decisiva por parte dos governantes de Lavras. Assim, a esperança de uma integração mais intensa entre os membros do CIS LAV depende da forma como será reestabelecido o domínio de Lavras sobre os municípios de seu entorno, principalmente no campo da política regional, assunto da seção a seguir.

¹⁴¹ A “compra de serviços” de saúde é mais identificada pela população porque ela é marcada pelo uso da rede privada de saúde, que é frequentemente de fácil diferenciação em relação à rede pública. Nesse sentido, deve ser destacado o depoimento de uma funcionária de secretaria municipal de saúde da região, encarregada do contato direto com o público atendido: *O povo adora o CIS LAV. Acham que estão sendo atendidos por um convênio, do tipo da UNIMED.* (Entrevista 32, 2006).

4.5. Panorama político da região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras

Uma vez que o futuro da integração intermunicipal na região do CIS LAV depende cada vez mais da forma como se relacionam politicamente os municípios-membro desse consórcio, devemos agora proceder à análise do quadro político desta área. Da mesma forma como foi feito no capítulo referente ao CIS MARG, dividiremos aqui o tratamento dos dados políticos em duas seções, correspondentes a enfoques distintos sobre a política regional: o enfoque municipal buscará identificar padrões partidários nos resultados das eleições municipais (de 1992, 1996, 2000 e de 2004) que possam indicar a predominância de correntes políticas em especial; já o enfoque regional irá tratar dos resultados das eleições para deputado estadual (realizadas nos anos de 1994, 1998 e 2002) como forma de avaliar o surgimento ou consolidação de lideranças políticas na região que possam ter seu sucesso creditado ao funcionamento do CIS LAV.

Entretanto, algumas ressalvas devem ser feitas. A primeira é a respeito da liderança de Lavras sobre os municípios em seu entorno, que têm sido fortemente influenciados por este pólo muito antes da criação de associações intermunicipais na região. Ao invés de buscarmos apenas o crescimento no nível de integração dessas cidades em relação ao núcleo do CIS, devemos estar atentos também à preservação – ou à queda – desse indicador, o que, se ocorrido concomitantemente com a consolidação do CIS LAV, mostraria o fracasso da cooperação intermunicipal em deter o processo de enfraquecimento do poder de Lavras sobre seu entorno. No mesmo sentido, deve ser lembrado que, dentro do contexto de mudança estrutural pelo qual passa o CIS LAV (se tornando mais permeado por questões da política regional devido à compra de aparelhos para a “prestação de serviços), o panorama a ser traçado a seguir tende a se alterar, com os atores valorizando mais a esfera intermunicipal como parte de seus projetos políticos locais, regionais ou mesmo estaduais.

Iniciando pela análise municipal, temos abaixo o Quadro 4.4, que apresenta os partidos dos prefeitos eleitos nas últimas quatro eleições municipais no CIS LAV, com destaque para aqueles que faziam parte dos partidos da base de sustentação do governo estadual:

Quadro 4.4: Configuração partidária das oito prefeituras do CIS LAV

	1992	1996	2000	2004	Total
PDT	0	3	2	2	7
PFL	1	2	2	1	6
PMDB	1	0	2	1	4
PSDB	2	1	0	2	5
PDS/PPB/PP	1	1	2	0	4
PL	1	0	0	1	2
PTB	0	1	0	1	2
PSD	1	0	0	0	1
PSC	1	0	0	0	1
Total dos partidos que apoiavam o Governo Estadual	1	5	2	6	14

Fonte: Elaboração própria a partir de TRE-MG (2006).

Na análise do quadro acima percebe-se, imediatamente, que apenas um partido político chegou a ter o controle de mais do que duas prefeituras da região do CIS LAV: esse partido foi o PDT, em 1996. Dos nove partidos que elegeram prefeitos para as cidades da área considerada no período em questão, apenas um obteve vitórias em todas as eleições: o PFL. Frente a uma situação de inexistência de tendências partidárias claras, a perspectiva da reunião dos partidos políticos de acordo com as coalizões de apoio a cada administração estadual produz resultados um pouco mais elucidativos: em 1996 a maior parte – cinco em oito – dos prefeitos eleitos representavam partidos da base de sustentação do então governador Eduardo Azeredo (PSDB,

1995 – 1998)¹⁴², assim como em 2004 seis prefeitos eleitos estavam filiados a partidos que apoiavam o governador Aécio Neves (PSDB, 2003 – 2006)¹⁴³. Assim, o CIS LAV revela sua “face governista” – em menor medida do que o CIS MARG, certamente – principalmente no que tange a governadores¹⁴⁴ que contavam com bases partidárias de apoio mais amplas, estáveis e melhor articuladas.¹⁴⁵

A articulação do CIS LAV é obra dos prefeitos eleitos em 1996, que elaboraram o estatuto do consórcio em 1999 e o inauguraram em 2000. São prefeitos que vivenciaram, enquanto no cargo, os dois anos finais (1997 e 1998) da política de incentivo à criação de CIS levada a cabo pela Administração Eduardo Azeredo (PSDB), o que certamente foi decisivo para que o modelo de consorciamento intermunicipal na área de saúde fosse a opção adotada por estes governantes quando decidiram abandonar o CIS MARG no ano de 2000 (durante o governo Itamar Franco – PMDB, 1999-2002 – hostil ao consorciamento). O Quadro 4.5, abaixo, mostra, a partir da indicação do partido do prefeito municipal, apenas os municípios em que esses foram reeleitos, assim como aqueles nos quais os prefeitos retornaram ao cargo após certo intervalo:

Quadro 4.5: Municípios do CIS LAV em que ocorreram retornos e reeleições de prefeitos, com indicação de partido

	1992	1996	2000	2004
Lavras	PSC			PSDB
Ingaí			PMDB	PMDB
Itumirim			PDT	PDT
Luminárias	PSDB		PMDB	
Ribeirão Vermelho		PDT	PDT	

Fonte: Elaboração própria a partir de TRE-MG (2006).

¹⁴² Partidos da base de apoio de Eduardo Azeredo (PSDB): PSDB, PTB, PL, PFL, PP (TRE-MG, 2006).

¹⁴³ Partidos da base de apoio de Aécio Neves (PSDB): PSDB, PFL, PPB, PSL, PAN, PTB.

¹⁴⁴ Partidos da base de apoio de Hélio Garcia (PRS): PRS, PL, PTB (TRE-MG, 2006).

Partidos da base de apoio de Itamar Franco (PMDB): PMDB, PSL, PST, PTN, PSC, PL, PPS, PAN, PRTB, PMN, PT do B (TRE-MG, 2006).

¹⁴⁵ Hélio Garcia fundou o PRS unicamente com o objetivo de viabilizar sua candidatura ao governo estadual, tendo em vista a negativa dos grandes partidos em concederem-lhe indicação para a disputa eleitoral (ABRUCIO, 1998). Já Itamar Franco, eleito pelo PMDB, teve relação conturbada com os partidos políticos durante seu mandato como governador (1999-2002), permanecendo durante boa parte deste período sem filiação a qualquer agremiação política.

Percebe-se, a partir do Quadro 4.5, que nos últimos 14 anos três reeleições de prefeitos foram registradas, em Ingaí (2004), Itumirim (2004) e em Ribeirão Vermelho (2000). Destas, somente uma ocorreu no ano de 2000, mantendo no cargo, portanto, um dos prefeitos responsáveis pela criação do CIS LAV (exatamente o prefeito de Ribeirão Vermelho, autor da proposta de criação do consórcio). Em nenhuma das três reeleições ocorridas houve troca de partido por parte do prefeito, enquanto que nas duas re-conduções de prefeitos ao poder houve troca de partido político.

Os prefeitos eleitos em 1992 que retornaram ao poder em 2000 e 2004 (respectivamente, em Luminárias e em Lavras) devem ser descartados de nossa análise, já que o seu objetivo é o de determinar os limites da interface entre políticas de saúde e política em geral, e estes atores estavam ausentes de postos de comando municipais durante a estruturação do CIS LAV. Das três reeleições ocorridas no período de existência do CIS LAV, duas chamam a atenção pela relação próxima que guardam com a área da saúde: em 2000, a reeleição do prefeito de Ribeirão Vermelho (o defensor inicial da idéia do CIS LAV) foi possível em grande parte devido à considerável melhora nos indicadores de saúde municipais obtida durante o primeiro mandato (1997-2000), algo que pode ser creditado, no mínimo indiretamente, à criação do CIS LAV; em 2004, a reeleição da prefeita de Ingaí pode ser em grande parte creditada à estrutura de saúde instalada na cidade entre 2001 e 2004 que, além de ser a mais completa dos pequenos municípios da região, ainda contava com o maior repasse proporcional de recursos ao CIS LAV¹⁴⁶ e com os atendimentos e exames gratuitos feitos pela própria prefeita, médica de formação. Desta forma, mesmo que o sucesso eleitoral destes dois prefeitos deva ser creditado a estratégias de saúde pública de amplitude muito maior do que a abarcada pelo consórcio, o CIS LAV não pode deixar de ser visto como uma ferramenta indispensável na provisão de serviços de saúde “estratégicos” (direcionados sempre para a demanda mais urgente da população). Assim, o CIS LAV tem demonstrado parte de seu potencial como instrumento de geração de prestígio político na esfera municipal, algo que tende a se repetir em quantidade e intensidade no futuro próximo, à medida

¹⁴⁶ Assim como ocorrido no caso do CIS MARG, o CIS LAV deixou de estabelecer o valor da contribuição mensal dos municípios tendo por base uma certa proporção do repasse do FPM em 2005, adotando um valor fixo reajustado anualmente. Em novembro de 2004, quando foi realizada a primeira série de entrevistas na área do CIS LAV, o município de Ingaí, transferia 2,5% de seu FPM ao consórcio, sendo com isso era o único a estabelecer um percentual de repasse de recursos superior ao piso mínimo determinado pelo CIS, que era de 1,5%.

em que o CIS LAV for sendo permeado pela dinâmica política regional (consequência de sua transformação parcial em consórcio “prestador de serviços”).

A perspectiva municipal da análise política do CIS LAV nos leva a afirmar que os consórcios intermunicipais de saúde, como parte importante do conjunto de políticas de saúde das cidades da região, são capazes de render prestígio político aos atores que a eles se dedicam. Em poucas palavras, o uso dos CIS como ferramenta de projeção política de administradores municipais apresenta bom potencial de sucesso no âmbito das cidades. À medida em que o CIS LAV passar a sofrer tal tipo de uso por mais prefeitos, pois tende a se “politizar” com a compra de equipamentos próprios, o futuro da integração entre os municípios-membro depende em maior medida do tipo de relação política que vigorar entre os atores regionais. É difícil prever que a disputa pelos recursos do consórcio, motivada pelas vicissitudes dos oito cenários políticos municipais da área do CIS, gere um grau maior de integração entre as cidades-membro do CIS LAV. Como não existe uma disputa entre atores principais (como ocorre no CIS MARG, que concentra as tensões no interior da associação e deixa os pequenos municípios em condições mais favoráveis para cooperarem), a tendência do CIS LAV é a de que todas as cidades se rivalizem mutuamente pela utilização da restrita estrutura de saúde própria do consórcio. A partir da análise da perspectiva municipal, temos que a politização do CIS LAV funciona como fator fortemente inibidor do surgimento – e quiçá da manutenção – de cooperação entre os municípios consorciados. A alternativa a esse cenário, que seria a “politização” do CIS LAV contribuindo para o surgimento da cooperação, depende principalmente do resultado do enfoque regional do panorama político da área do CIS LAV. O surgimento de uma liderança política regional, que fosse capaz de disciplinar as relações entre atores locais, é a hipótese que deve ser comprovada pelo enfoque regional para que uma maior politização do CIS LAV possa resultar em cooperação entre seus municípios-membro, caracterizando uma forma de “cooperação induzida horizontalmente”.

O enfoque regional da análise do panorama político da área do CIS LAV, assim como feito no capítulo 3, tem como foco principal as eleições para o cargo de deputado estadual realizadas nos anos de 1994, 1998 e 2002. Trata-se de cargo naturalmente almejado por prefeitos de municípios-pólo, que buscam contar com a influência exercida por sua cidade de origem para conquistarem votos em toda a região. Deve ser dito que, em nenhuma das três eleições analisadas, qualquer candidato oriundo da região do CIS LAV conseguiu se eleger deputado

estadual ou federal, assim como havia sido verificado na área do CIS MARG. O Quadro 4.6, abaixo, expõe os principais dados relativos ao enfoque regional da política do CIS LAV:

Quadro 4.6: Origem dos três candidatos a deputado estadual mais votados em cada município do CIS LAV

	1994				1998				2002			
	Percentual dos três candidatos mais votados	Candidatos do CIS entre os três mais votados	Candidatos da cidade entre os três mais votados	Candidatos do núcleo sub-regional entre os três mais votados	Percentual dos três candidatos mais votados	Candidatos do CIS entre os três mais votados	Candidatos da cidade entre os três mais votados	Candidatos do núcleo sub-regional entre os três mais votados	Percentual dos três candidatos mais votados	Candidatos do CIS entre os três mais votados	Candidatos da cidade entre os três mais votados	Candidatos do núcleo sub-regional entre os três mais votados
Lavras	82,18%	3	3	3	80,98%	3	3	3	57,32%	2	2	2
Carrancas	49,43%	2	0	2	68,48%	0	0	0	47,84%	1	0	1
Ijaci	59,63%	3	0	3	54,90%	2	0	2	38,02%	1	0	1
Ingai	64,97%	3	0	3	65,79%	2	0	2	53,16%	1	0	1
Itumirim	49,76%	1	0	1	66,56%	2	0	2	50,60%	1	0	1
Luminárias	63,95%	1	0	1	80,41%	1	0	1	42,39%	1	0	1
Nepomuceno	52,48%	2	0	2	53,70%	1	0	1	34,45%	0	0	0
Ribeirão Vermelho	74,37%	3	0	3	67,67%	1	0	1	52,77%	1	0	1

Fonte: Elaboração própria a partir de TRE-MG (2006).

Inicialmente, percebe-se um quadro eleitoral bem menos polarizado nos municípios do que o encontrado na região do CIS MARG: apenas duas cidades apresentaram mais de 70% de seus votos válidos concentrados nos três candidatos mais bem votados em 1994, enquanto que no CIS MARG tal fenômeno foi registrado em 10 das 17 cidades do consórcio neste mesmo ano. Em 1998, novamente duas cidades do CIS LAV concentraram mais de 70% de seus votos válidos em três candidatos e, em 2000, nenhuma cidade atingiu este patamar de polarização eleitoral (sequer a marca de 60% foi atingida). Parece haver uma coincidência com os dados encontrados no capítulo 3, que apontam para eleições cada vez mais disputadas para o cargo de deputado estadual, nas quais um número progressivamente maior de candidatos conquista parcelas significativas do eleitorado municipal.

Tratando mais especificamente das lideranças políticas regionais, vale a pena recordar aqui a metodologia utilizada no capítulo 3 para análise das relações políticas no interior de um CIS: o principal indicador considerado é a origem dos três candidatos a deputado estadual que alcançaram as melhores votações em cada município, de maneira que quanto mais candidatos provenientes da região do consórcio entre os mais votados, mais o cenário político local é

dominado pela elite política regional (e maior é a integração política na área considerada). São analisadas as perspectivas do consórcio como um todo (candidatos com origem em qualquer município consorciado entre os três mais votados de cada cidade, o que indica o domínio exercido pelos políticos da região sobre o debate político de cada município), de cada cidade em particular (a presença de candidatos do próprio município entre os três mais votados, como forma de se saber o grau de influência da elite política local sobre o eleitorado de suas respectivas cidades) e a perspectiva do pólo do CIS (ou seja, quantos candidatos de Lavras estavam entre os três mais votados de cada município consorciado, que indica o grau de integração entre os políticos do pólo do consórcio e o eleitorado das outras cidades).

Feitas estas ressalvas, podemos ver que o quadro 4.6 mostra claramente que as lideranças políticas estão concentradas no município de Lavras. Nenhuma outra cidade da região teve sequer um candidato local entre os três mais votados, em qualquer das eleições consideradas. Isto significa que o eleitorado destes sete municípios pequenos é tradicionalmente disputado entre lideranças lavrenses e de outras regiões do estado (principalmente das cidades de Varginha e Três Corações, localizadas um pouco mais ao sul do CIS LAV), mediante acordos com a classe política destes sete municípios.

Desta forma, a questão da integração política no CIS LAV deve ser vista da seguinte forma: uma vez que antes da criação do consórcio já existia forte liderança política de Lavras sobre os municípios da região, devemos estar atentos para uma intensificação ainda maior dessa liderança (fruto da integração gerada pelo consórcio), assim como para o surgimento de outro foco de liderança regional (conseqüência da articulação entre os pequenos municípios do consórcio). Ocorre que a grande mudança verificada no CIS LAV – “politização” do consórcio, que acompanhou sua transformação em “prestador de serviços” – se deu ao longo do ano de 2005, e mesmo em maio de 2006, quando foram realizadas as últimas entrevistas na área do CIS LAV, a aparelhagem adquirida para prestação de serviços ainda não se encontrava em funcionamento. Sendo assim, os principais efeitos da mudança estrutural ocorrida no CIS LAV (novo modelo de atuação do CIS, “politização” de seu funcionamento e coligação de pequenos municípios) ainda estão por acontecer em termos políticos, e provavelmente só influirão decisivamente nas eleições gerais de 2010.

De qualquer forma, podemos perceber que, de 1994 a 2002, a influência política de Lavras enfraqueceu nas sete outras cidades participantes do consórcio, e é a partir de tal

tendência que influirão os novos fatores políticos descritos na presente seção. O Quadro 4.7, abaixo, evidencia tal tendência a partir do índice de integração política, desenvolvido no capítulo anterior¹⁴⁷:

Quadro 4.7: Número de cidades em cada categoria de integração política, de acordo com a área de abrangência considerada

	1994								1998								2002							
	Nível CIS				Nível Pólo				Nível CIS				Nível Pólo				Nível CIS				Nível Pólo			
	Baixo	Mé- di- o	Alto	Absol- uto	Baixo	Mé- di- o	Alto	Absol- uto	Baixo	Mé- di- o	Alto	Absol- uto	Baixo	Mé- di- o	Alto	Absol- uto	Baixo	Mé- di- o	Alto	Absol- uto	Baixo	Mé- di- o	Alto	Absol- uto
Total do CIS	0	2	2	4	0	2	2	4	1	3	3	1	1	3	3	1	1	6	1	0	1	6	1	0

Fonte: Elaboração própria.

Salta aos olhos, no quadro acima, a força da integração política existente entre Lavras e as cidades de seu entorno, muito maior do que o encontrado em qualquer sub-região do CIS MARG: em 1994, além de não existir nenhuma cidade no grupo do CIS LAV com **baixo** padrão de integração em relação ao todo do CIS (e ao município-pólo), havia ainda quatro cidades com padrão **absoluto** de integração, ou seja, a metade dos membros do CIS LAV tinha todos os três candidatos mais bem votados com origem na própria região (mais especificamente, em Lavras). Nenhum município do CIS MARG obteve nível **absoluto** de integração, nem mesmo as cidades-pólo tiveram seus eleitorados tão fiéis aos candidatos locais. Em 1998, entretanto, apenas o pólo do consórcio ainda tinha três candidatos locais entre os três mais bem votados (o que caracteriza o nível **absoluto** de integração política), algo que não ocorreria mais em nenhum município da

¹⁴⁷ O índice de integração política é composto de quatro níveis, determinados pela quantidade de candidatos a deputado estadual da região no grupo dos três melhor votados em cada município. Assim, se não houver nenhum candidato local entre os três mais votados, podemos dizer que a integração política na dimensão considerada (CIS como um todo, um município específico, ou cada cidade em relação ao pólo regional) é **baixa**, pois não houve negociação entre as elites políticas envolvidas que permitisse uma boa votação para os candidatos regionais (ou seja, o cenário político do CIS foi dominado por atores de outras regiões). Se for verificado um candidato local entre os três mais votados, então temos um índice **médio** de integração entre as elites políticas regionais e municipais, capaz de viabilizar o apoio a um ator político local na área considerada. A integração política considerada **alta** é aquela que consegue que dois candidatos da região do CIS (ou do município em questão, ou do núcleo do consórcio, a depender da perspectiva adotada) estejam entre os três com melhor votação no município analisado. Por fim, a integração **absoluta** ocorre quando todos os três mais bem votados no município em questão tiverem origem no CIS (ou no próprio município considerado, ou no núcleo do consórcio, a depender da amplitude da análise desejada), o que significa que o debate eleitoral foi praticamente dominado por atores da região. No quadro 4.7, que expõe quantos municípios se enquadram em cada categoria de integração política, o total do consórcio equivale aos números da região de influência de Lavras, pois só há esse pólo no CIS LAV, sendo por isso suprimida a abordagem por sub-regiões. Da mesma forma, não consta do Quadro 4.7 a coluna relativa à integração política de cada cidade em relação a si mesma (quantos candidatos do município entre os três mais votados), pois apenas Lavras teve candidatos com origem no próprio município entre os mais votados.

região em 2002. Também em 1998 aparece a primeira cidade com **baixo** padrão de integração política (nenhum candidato com origem na área do CIS entre os três detentores das melhores votações) na região do CIS LAV, o que se repetiu em 2002.

As grandes variações, entretanto, ocorrem no número de cidades com nível **médio** e **alto** de integração política (respectivamente, com um e dois candidatos oriundos dos municípios do CIS LAV entre as três melhores votações): se em 1994 havia dois municípios em cada categoria, em 1998 havia três, o que mostra que os dois níveis extremos da escala de integração política perderam força. Em 2002, entretanto, ocorre grande mudança, pois o número de cidades com nível **alto** de integração política cai para apenas uma (o próprio pólo, Lavras), enquanto que sobe para seis o número de cidades com nível **médio** de integração política (ou seja, um candidato com origem no CIS – ou no núcleo – entre as três melhores votações de cada município). Assim, temos bem definida a tendência de enfraquecimento da influência dos políticos do CIS LAV – mais precisamente do pólo de Lavras – sobre o eleitorado da região consorciada.

A ótica municipal da análise política do CIS LAV levanta a possibilidade de que o surgimento de uma liderança regional significativa (que contivesse o potencial de conflito contido na mudança estrutural do consórcio), tende a não se confirmar. O enfraquecimento político de Lavras tende a abrir espaço para disputas políticas no interior do CIS LAV que podem atingir graus de intensidade não registrados nem mesmo no CIS MARG, de maneira que a integração intermunicipal deverá encontrar o cenário menos propício para seu desenvolvimento no futuro da região. A situação de consórcio unipolar, prestador de serviços, e com a cidade principal debilitada no contexto da política regional constitui a pior conjuntura possível para a cooperação entre os municípios (inclusive para a manutenção das práticas cooperativas de baixa intensidade desenvolvidas pelas pequenas cidades consorciadas).

5. CONCLUSÃO

A presente dissertação, após discutir a cooperação intrafederativa brasileira, desde seus aspectos mais amplos aos mais específicos (dos elementos estruturais da teoria do federalismo às tendências recentes do quadro político do sul e centro-oeste mineiros), produziu ferramentas de análise teórica que merecem ser retomadas agora. Vistas fora do contexto no qual foram desenvolvidas, tais teorias podem ser melhor aplicadas em outros ambientes, inclusive em outros tipos de associações entre entes federados.

Inicialmente, deve ser destacada a classificação das associações intergovernamentais de acordo com sua forma de atuação. Ao tratarmos do caso específico dos consórcios intermunicipais de saúde, foi analisada a “compra” dos serviços de saúde junto à iniciativa privada e a “prestação” direta desses pela estrutura própria do consórcio como os fatores determinantes de várias outras características estruturais dos CIS. Em termos gerais, entretanto, deve-se ter em mente a posse de patrimônio – em volume significativo para os entes envolvidos – por parte da associação em questão: o acesso, o uso e o gerenciamento desse patrimônio tendem a levar os participantes da cooperação a um maior grau de atrito, desde que essa estrutura física não seja móvel e/ou divisível entre/para todos os atores participantes. A posse de patrimônio significativo por parte dessas associações que predispõe seus membros ao conflito, pois todos eles desejam satisfazer – parte de – seus objetivos políticos através do uso da estrutura de prestação de serviços dessas entidades. Contextos políticos que se encontravam fracamente ligados, como os dos pequenos municípios, passam a ter elementos em comum a partir do momento em que seus atores tomam parte em associações cooperativas intergovernamentais desse tipo. Em poucas palavras: o potencial de conflito no interior das associações intergovernamentais será determinado em larga medida pela flexibilidade da estrutura e pela sua capacidade de atender a todos os seus membros – sobretudo em seus objetivos políticos –, o que depende em ampla medida da forma de ação das associações analisadas, se marcada ou não pela posse de patrimônio significativo.

Outro aspecto teórico abordado na presente dissertação trata do desenvolvimento da cooperação interfederativa quando induzido por outros entes federados. O associativismo intergovernamental, quando incentivado por outras esferas cooperativas, leva à evolução das

associações cooperativas através de uma seqüência de etapas cuja estrutura se assemelha aos “degraus de uma escada”. Já o associativismo espontâneo, surgido de relações federativas horizontais, tende mais facilmente a culminar no crescimento progressivo das associações, como o avanço pelo “plano inclinado de uma rampa”. O associativismo através da indução dificilmente retrocede, pois sempre está colocado em um “degrau” – uma etapa – específico, enquanto que as relações horizontais que fornecem o ímpeto do associativismo não-induzido, quanto perturbadas, perdem força, e podem fazer com que a cooperação regrida bastante, pois essa não conta com a estabilidade de “planos nivelados” para se sustentar. O que define as etapas do associativismo induzido é o patrimônio adquirido – através da indução – em cada uma delas. Por mais insatisfatória que seja para um ator a participação em determinada associação, a dificuldade de acesso exclusivo ao tipo de estrutura que essa instância cooperativa disponibiliza serve de empecilho para que o ator em questão se retire da associação. Assim, deve ser feita a ressalva de que não é qualquer tipo de indução que caracteriza o desenvolvimento do associativismo interfederativo “por etapas”, mas apenas aquela que cede patrimônio – de alto valor e/ou custo de manutenção – às associações cooperativas intergovernamentais.

Após a exposição das principais contribuições teóricas feitas pelo presente trabalho, uma pergunta crucial permanece sem uma resposta plenamente satisfatória: por quê, frente a tantos obstáculos e evidente desinteresse em se aprofundar a cooperação intermunicipal, os prefeitos mantêm seus municípios consorciados? A resposta a que chegamos aqui é composta por três fatores que se reforçam mutuamente: a inércia dos administradores municipais, a grande necessidade que os pequenos municípios têm de serviços de saúde e o efeito agregador que ainda têm as políticas de indução ao associativismo desenvolvidas pelo governo estadual entre 1995 e 1998.

Por incrível que possa parecer, a inexperiência administrativa de muitos prefeitos e secretários municipais de saúde, aliada à precariedade institucional da grande maioria das administrações municipais brasileiras, são fatores de peso significativo na permanência de muitos municípios nos consórcios intermunicipais de saúde aqui analisados, e provavelmente em outros CIS de Minas Gerais. O desconhecimento, por parte do prefeito municipal, do funcionamento do CIS pode durar quase todo o seu primeiro mandato. O mesmo ocorre em relação a programas e procedimentos do SUS, que não são utilizados em muitas cidades porque os responsáveis pela

administração pública local não têm conhecimento destas possibilidades¹⁴⁸. A falta de informações a respeito do funcionamento do consórcio intermunicipal de saúde também faz com que alguns prefeitos consorciados receiem interferir em um sistema que, aparentemente, tem funcionado a contento, de modo que a tendência deste tipo de governante é manter o *status quo ante*.

O segundo elemento a influir decisivamente na permanência dos dois consórcios intermunicipais de saúde estudados – e, com certeza, também da maioria dos CIS de Minas Gerais – é a extrema necessidade por serviços de saúde vivenciada pelas pequenas cidades do interior. A grande conquista representada pela consolidação do SUS na maioria dos municípios brasileiros foi a de estabelecer uma estrutura de saúde básica – inicial, mínima – que estivesse disponível à população brasileira onde quer que ela residisse. O atendimento especializado e a estrutura de realização de exames e procedimentos complexos, por mais que também tenham avançado durante os anos 1990, passando a estar presentes em várias partes do país, ainda disponibilizam quantidades muito pequenas desses serviços à população¹⁴⁹. Como visto no capítulo 3, se no início dos anos 1990 havia a falta absoluta de procedimentos especializados na região do CIS MARG, hoje eles são disponibilizados pelo SUS, porém em quantidade mínima. Dessa forma, o consórcio intermunicipal de saúde oferece serviços dos quais a população das cidades não pode abrir mão. Mesmo o CIS tendo se tornado tema de campanha eleitoral abertamente em apenas uma das cidades pesquisadas – município de Cristais, nas eleições de 2004 – acreditamos que, uma vez que uma cidade tenha participado de um consórcio intermunicipal de saúde, torna-se inviável politicamente a não participação nesse tipo de associação. A redução na oferta de serviços de saúde seria tão drástica que custaria um desgaste político capaz de pôr em risco os projetos futuros de qualquer prefeito municipal. O “custo político” de não mais fazer parte de um CIS tem sido tão alto que não chegou a ser suportado pela elite política de nenhuma das cidades que fazem ou já fizeram parte do CIS MARG ou do CIS LAV: todas, sem exceção, hoje fazem parte de algum consórcio intermunicipal de saúde. O

¹⁴⁸ É bastante comum que secretários municipais de saúde da região do CIS LAV não tenham ciência do fato de que os cidadãos de seu município têm direito a cotas específicas de atendimento nos maiores hospitais da região, e que os recursos referentes a esses serviços são previamente destinados aos municípios que sediam tais hospitais. Da mesma forma, é relativamente incomum que tais gestores públicos exerçam o direito de transferir suas cotas de atendimento especializado para hospitais localizados em outras cidades quando se sentem insatisfeitos com os serviços prestados pelo pólo de saúde mais próximo.

¹⁴⁹ Vale recordar o exemplo, dado no capítulo 3, que mostra que um município de pequeno porte da área do CIS MARG tem direito a apenas um exame – específico – por ano junto à estrutura do SUS, que deve ser necessariamente realizado em cada mês de janeiro.

destaque cabe – novamente – à cidade de Cristais, cuja saída do CIS MARG, em 2001, transformou a participação no consórcio em bandeira de campanha da oposição política local, eleita em 2004.

O terceiro elemento responsável pela sobrevivência dos CIS é o efeito da política estadual de indução ao associativismo intermunicipal. A discussão precedente, realizada principalmente nos capítulos 2 e 3, nos deixa claro o papel crucial do governo do estado no processo de instituição não apenas dos CIS, mas também das Associações Microrregionais (AMs). A sobrevivência de tais associações se deve, em boa parte, à longa duração do efeito indutor das políticas estaduais que incluem a cessão de patrimônio às associações intermunicipais criadas. A impossibilidade de acesso exclusivo a maquinário para construção pesada – cedido às AM's – ou a equipamentos para a realização de exames complexos – cedidos aos CIS criados entre 1995 e 1998 – faz com que os municípios associados tendam a continuar participando das entidades cooperativas em questão. Enquanto persistir o patrimônio cedido pelo governo estadual à associação, enquanto outras formas de acesso a esse estiverem vedadas aos municípios (sobretudo aos de pequeno e médio porte), permanecerá fazendo efeito a política estadual de indução ao associativismo intermunicipal. Em poucas palavras, estamos a tratar da indução que se realiza principalmente através da cessão de patrimônio às associações de municípios: enquanto esses bens permanecerem inacessíveis aos municípios isoladamente, e seu uso continuar se fazendo necessário, a participação na associação continuará a ser vantajosa às cidades envolvidas.

A partir da exposição das razões da permanência dos consórcios estudados – como representantes do conjunto dos CIS mineiros – podemos afirmar que tal forma de associação intermunicipal não conta com ameaças inexoráveis à sua existência futura. A eventual redução da oferta de serviços de saúde à população deverá continuar a impor grande grau de impopularidade aos atores políticos municipais, suficiente para demovê-los da execução de idéias isolacionistas. Da mesma forma, é difícil prever um futuro próximo no qual a estrutura do SUS seja capaz de atender a toda a demanda por serviços de saúde da população, de forma a tornar a estrutura dos CIS dispensáveis aos municípios estudados. Por fim, deve ser destacada a retomada da política estadual de apoio aos CIS a partir do início da Administração Aécio Neves (PSDB), em 2003, que já cedeu uma ambulância UTI ao CIS MARG e R\$ 250.000,00 para cada consórcio estudado para investimento em infra-estrutura (justamente o tipo de investimento que prolonga o efeito do apoio estadual).

Os consórcios intermunicipais de saúde tendem a persistir, provavelmente até mesmo se expandindo para setores de Minas Gerais onde ainda não têm presença significativa, como as regiões Noroeste e Alto Rio Paranaíba. O modelo de consorciamento atual gerará, então, integração entre os municípios, ou persistirá agregando tenuemente cidades ao redor de “cooperativas de serviços de saúde”, como tem feito até hoje? A Figura 5.1, abaixo, traz algumas respostas:

Figura 5.1: Mudanças na forma de atuação e autonomia do CIS MARG e CIS LAV



Fonte: Elaboração própria.

A figura acima nos mostra como os dois consórcios estudados estão hoje, em geral, bastante marcados pelo modelo “prestador de serviços”, o que os torna mais permeados pelas relações políticas existentes entre os municípios consorciados. Uma vez “politizados” dessa maneira, os CIS dificilmente podem levar à integração entre seus municípios. Estariam obedecendo à lógica das disputas políticas locais, que buscaria instrumentalizar os consórcios para a obtenção de prestígio político por parte dos prefeitos. Como as estruturas de prestação de serviços dos consórcios dificilmente são capazes de satisfazer às necessidades de todos os seus membros, esses passam a disputar entre si o uso do consórcio. Assim, são transferidas para o

interior dos consórcios “politizados” muitas das tensões que marcam os cenários políticos municipais, o que inviabiliza o surgimento de integração entre seus membros.

O surgimento de integração entre os municípios mineiros não pode ser vislumbrado – nem mesmo em uma perspectiva temporal mais ampla – como resultante da ação espontânea no contexto das relações horizontais na esfera municipal. Concluimos aqui que o consenso necessário para integrar municípios deve ter sua origem no Governo estadual, e ser atingido através de políticas que objetivem claramente este fim, configurando algo que pode ser provisoriamente chamado de “indução à integração”.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os Barões da federação**. São Paulo: Hucitec, 1998.

ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1999.

ABRUCIO, Fernando Luiz. A Reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: CARNEIRO, José Mário Brasiliense; HOFMEISTER, Wilhelm. **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. Parte I, p.95-105.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SOARES, Márcia Miranda. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ABRUCIO, Fernando Luiz. SOARES, Márcia Miranda. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ALEMG. **Relação de Associações Microrregionais de Municípios**. Capturada em <http://www.almg.gov.br/index.asp?grupo=estado&diretorio=mregiao&arquivo=macrorregioes&associacao=3>, em 19/04/2006.

ANDRADE, Luís Aureliano Gama de. O município na política brasileira: revisitando *Coronelismo, enxada e voto*. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (orgs.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp Editora, 2004. Parte 3, cap. 3, p.205-218.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e sociedade**, Campinas, v.23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p.331-345, 2003.

AVELAR, Lúcia. O Sistema federativo e as políticas de desenvolvimento: desafios e perspectivas nos países de fortes desigualdades. In: CARNEIRO, José Mário Brasiliense; HOFMEISTER, Wilhelm. **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. Parte III, p.123-143.

BATELLA, Wagner Barbosa; DINIZ, Alexandre Magno Alves. O Estado de Minas Gerais e suas regiões: um resgate histórico das principais propostas oficiais de regionalização. **Sociedade & Natureza**, v. 17, n. 33, p. 59-77, dez. 2005.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio da subsidiariedade**: conceito e evolução. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BERTONE, Arnaldo Agenor. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Estratégia rumo à regionalização. **Divulgação**. n.16, p. 36-39, dez. 1996.

BRASIL. **Atlas do censo demográfico de 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

BRASIL. **Política nacional de assistência social**: PNAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

CAMARGO, Aspásia. Federalismo cooperativo e o princípio da subsidiariedade: notas sobre a experiência recente do Brasil e da Alemanha. In: CARNEIRO, José Mário Brasiense; HOFMEISTER, Wilhelm. **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. Parte I, p. 69-94.

CAMPOS, Mauro Macedo. **A accountability na Provisão Pública de Saúde no Brasil**: federalismo, descentralização e controle dos gastos. 2002. 197 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais: Gestão das Cidades). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

CARDONI JR, Luiz; COSTA, Nilson do Rosário; NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 21, n. 1, p. 29-38, jan.-fev. 2005.

CARNEIRO, José Mário Brasiense. Consórcios, Kreise e Relações Intergovernamentais. In: **Consórcio: Uma forma de cooperação intermunicipal**. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM, 2001.

CARVALHO, Aline Werneck Barbosa de. Dificuldades do Associativismo Municipal em Minas Gerais: Reflexões a partir de um estudo de caso. **Revista Pós**. São Paulo, nº 7, p. 16-35, 1997-98.

CARVALHO, José Murilo de. Federalismo e centralização no Império Brasileiro: história e argumento. In: CARVALHO, José Murilo de. **Pontos e bordados**: escritos de história e política. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005a.

CARVALHO, José Murilo de. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. In: CARVALHO, José Murilo de. **Pontos e bordados**: escritos de história e política. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005b.

COELHO, José Rafael Guerra Pinto. VELOSO, Cid. Consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais. **Divulgação**. n.17, p. 36-38, mar. 1997.

CORDEIRO, Hélio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 319-328, 2001.

COSECS – MG. **Mapa dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais 2003**. Belo Horizonte: Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, 2004.

COSTA, Valeriano. Federalismo. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (orgs.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp Editora, 2004. Parte 3, cap. 1, p. 173-184.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T.; JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado; MENDES, Áquilas Nogueira. Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de São Paulo: situação atual. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 85-96, out./dez. 1999.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo. Consórcios Intermunicipais de Saúde, Educação e Assistência Social no Estado de São Paulo. In: **Consórcio: Uma forma de cooperação intermunicipal**. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM, 2001.

DIEZ, Salvador Parrado; FONT, Javier. Elegiendo sócios em la administración municipal española: los consórcios y las mancomunidades. [s. p.] [s. l.] 2000.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de; ROCHA, Carlos Alberto de Vasconcelos. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos consórcios de saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v.11, p.73-106, 2004.

FERREIRA, Aloysio Nunes. Desafios atuais do federalismo no Brasil. In: CARNEIRO, José Mário Brasiliense; HOFMEISTER, Wilhelm. **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. Parte I, p. 51-58.

GASPARI, Elio. **A ditadura envergonhada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 417-434, 2001.

IBAM, **Relações Intergovernamentais: a União e os Municípios**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1976.

IBGE. **Regiões de influência das cidades 1993**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002**. Imediata, 2002. Disponível em , <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/defaulttab.shtm>> Acesso em: 12 mar. 2006.

IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em 08/10/2006.

IPEA. **Ipeadata**: dados macroeconômicos e regionais. Disponível em: < <http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?55099218>> Acesso em: 09 out. 2006.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Descentralização e parceria Estado-Município: O Consórcio como Instrumento da Política Estadual de Saúde. In: **Consórcio: Uma forma de cooperação intermunicipal**. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM, 2001.

KOOGAN/HOUAISS. **Enciclopédia e Dicionário**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

KUGELMAS, Eduardo. A evolução recente do regime federativo no Brasil. In: CARNEIRO, José Mário Brasiliense; HOFMEISTER, Wilhelm. **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. Parte I, p.29- 49.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Ana Paula Gil de. PASTRANA, Rosa. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais**. maio 2000 a. 26 f. Relatório de pesquisa – Ministério da Saúde/ Organização Pan Americana da Saúde.

LIMA, Ana Paula Gil de. PASTRANA, Rosa. **Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil**. outubro 2000b. 38 f. Relatório de pesquisa – Ministério da Saúde/ Organização Pan Americana da Saúde.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e Estado**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MEIRELLES, Domingos. **1930: Os órfãos da revolução**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

MELO, Marcus André. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, vol. 10, n. 3, 1996.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual 11.618 de 4 de outubro de 1994**: Estabelece as diretrizes para a cooperação do Estado com os consórcios administrativos intermunicipais de saúde e dá outras providências. Belo Horizonte: 1994.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MÜLLER Neto, Júlio S. Saúde ganha novos rumos em Mato Grosso. **Divulgação**. n.17, p. 36-38, mar. 1997.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 493-507, 2002.

PENNA, Daniel. **A Experiência de articulação com os municípios no Estado de Minas Gerais: 1973-1994**. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. 1997. 123f. Monografia (Conclusão de Curso). Fundação João Pinheiro. Escola de Governo. 1997.

PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 417-437, 2003.

PORTO, Maria Célia da Silva. Cidadania e (des)proteção social: uma inversão do Estado brasileiro? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 68, p.17-33, 2001.

PREFEITO desativa Imprensa Oficial. **Tribuna de Lavras**, Lavras, 04 jan. 1997. p. 20.

PRODEMU. **Programa Permanente de Desenvolvimento Municipal (PRODEMU):** descentralização, participação e fortalecimento dos governos locais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1991a.

PRODEMU. **Análise financeira das Associações Microrregionais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1991b.

PRODEMU. **Descentralização e fortalecimento institucional dos municípios: o associativismo municipal como o interlocutor necessário**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1991c.

PRUD'HOMME, Rémy; SHAH, Anwar. Centralização *versus* descentralização: o diabo está nos detalhes. In: OLIVEIRA, Fabrício Augusto de; REZENDE, Fernando. **Federalismo e integração econômica regional: desafios para o Mercosul**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer-Stiftung, 2004. Parte I, p. 63-99.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.

RAMOS, Dircêo Torrecillas. **O Federalismo assimétrico**. São Paulo: Plêiade, 1998.

RAMOS, Francisco S.; SOUSA, Maria da Conceição Sampaio de. Eficiência técnica e retornos de escala na produção de serviços públicos municipais: o caso do Nordeste e do Sudeste brasileiros. **Revista Brasileira de Economia**. Nº 53, vol. 4, out./dez. 1999, pp. 433 – 461.

RANÇO Político tira funcionário da AMALG. **Tribuna de Lavras**, Lavras, 03 fev. 1996. p. 1

RIANI, Flávio. **Economia do setor público**: uma abordagem introdutória. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHNEIDER, Anamaria Carvalho. Os Consórcios intermunicipais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 51-66, 2001.

SCHNEIDER, Anamaria Carvalho. **Cooperação Intermunicipal?** Um estudo sobre o Consórcio de Saúde da Região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005. 184p.

SCHÖELLER, Carlos C. Dornelles. Santa Catarina: Um estado de saúde. **Divulgação**. n.17, p. 64-65, mar. 1997.

SECRETARIA Municipal de Saúde Informa. **Tribuna de Lavras**, Lavras, 11 mar. 2000. p.6.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/Downloads/AGE/PDR/2006/a.3.1.rtf>> Acesso em: 22 jan. 2006.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SIMÕES, André Geraldo de Moraes. População, Federalismo e Criação de Municípios no Brasil: uma análise dos casos de Minas Gerais e Rio Grande do Sul. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 09, 2004, Caxambu. **Anais**. Associação Nacional de Estudos Populacionais. Campinas, 2004, p. 20-37.

SPAHN, Paul Bernd. Da controvérsia sobre a compensação financeira na Alemanha. In: CARNEIRO, José Mário Brasiliense; HOFMEISTER, Wilhelm. **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. Parte IV, p. 147-172.

SPAHN, Paul Bernd. Solidariedade *versus* eficiência em uma federação: o caso da Alemanha. In: OLIVEIRA, Fabrício Augusto de; REZENDE, Fernando. **Federalismo e integração econômica regional**: desafios para o Mercosul. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer-Stiftung, 2004. Parte II, p. 153-179.

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MINAS GERAIS. **Resultados eleitorais.**
Disponível em: <http://www.tre-mg.gov.br/menu_principal/eleicoes.htm> Acesso em
15 mar. 2006.

VOLDEN, Craig. Intergovernmental Political Competition in American Federalism.
American Journal of Political Science, v. 49, n. 2, p. 327-342, abr. 2005.

APÊNDICE A: ENTREVISTAS REALIZADAS

CIS MARG

Entrevista 1, 25/10/2004.
Entrevista 2, 25/10/2004.
Entrevista 3, 25/10/2004.
Entrevista 4, 26/10/2004.
Entrevista 5, 26/10/2004.
Entrevista 6, 26/10/2004.
Entrevista 7, 27/10/2004.
Entrevista 8, 27/10/2004.
Entrevista 9, 28/10/2004.
Entrevista 10, 28/10/2004.
Entrevista 11, 24/04/2006.
Entrevista 12, 25/04/2006.
Entrevista 13, 25/04/2006.
Entrevista 14, 25/04/2006.
Entrevista 15, 25/04/2006.
Entrevista 16, 26/04/2006.
Entrevista 17, 26/04/2006.
Entrevista 18, 26/04/2006.
Entrevista 19, 26/04/2006.
Entrevista 20, 28/04/2006.
Entrevista 21, 15/05/2006.

CIS LAV

Entrevista 22, 28/10/2004.
Entrevista 23, 29/10/2004.
Entrevista 24, 9/11/2004.
Entrevista 25, 9/11/2004.
Entrevista 26, 9/11/2004.
Entrevista 27, 10/11/2004.
Entrevista 28, 10/11/2004.
Entrevista 29, 11/11/2004.
Entrevista 30, 11/11/2004.
Entrevista 31, 11/11/2004.
Entrevista 32, 24/04/2006.
Entrevista 33, 15/05/2006.
Entrevista 34, 16/05/2006.
Entrevista 35, 16/05/2006.
Entrevista 36, 16/05/2006.
Entrevista 37, 17/05/2006.
Entrevista 38, 17/05/2006.
Entrevista 39, 18/05/2006.
Entrevista 40, 18/05/2006.
Entrevista 41, 18/05/2006.