

FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS: indução e cooperação na formação de consórcios intermunicipais de saúde

Paulo Ricardo Diniz Filho*

RESUMO

Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) são analisados em seu processo formativo, especialmente no que se refere ao processo de seleção dos municípios que farão parte de cada um. Nessa dinâmica, desempenham papel importante o contexto amplo do federalismo brasileiro bem como as políticas do governo estadual de indução à cooperação entre municípios. A configuração territorial dos CIS de Minas Gerais é analisada a partir de distintos conjuntos de fatores de influência, tanto no surgimento de tais iniciativas, na década de 1990, quanto no desenvolvimento mais recente de tais instituições cooperativas.

Palavras-chave: *Federalismo. Consórcios intermunicipais. Políticas Públicas.*

155

FEDERALISMO Y POLÍTICAS PÚBLICAS: inducción y cooperación en la formación de consorcios intermunicipales de salud

RESUMEN

Los consorcios intermunicipales de salud (CIS) son analizados en su proceso de formación, especialmente en relación con el proceso de selección de los municipios que serán parte de cada uno. En esta dinámica, juega un papel importante el contexto más amplio del federalismo brasileño, así como las políticas del gobierno provincial para inducir la cooperación entre municipios. La configuración territorial del CIS de Minas Gerais es analizada desde diferentes

* - Mestre em Ciências Sociais (PUC - Minas). Doutorando em Ciências Sociais (PUC - Minas). Professor: Fundação Pedro Leopoldo (FPL)/ Fapam/ Centro Universitário Una.

conjuntos de factores de influencia, tanto en la aparición de este tipo de iniciativas en la década de 1990, como así también en el más reciente desarrollo de tales instituciones cooperativas.

Palabras claves: *Federalismo. Consorcios Intermunicipales. Políticas públicas.*

FEDERALISM AND PUBLIC POLICY: induction and cooperation in the making of the intermunicipality healthcare consortia

ABSTRACT

The intermunicipality healthcare consortia (CIS) are analyzed according to its formative dynamics, spending special attention to the process of selection of the municipalities which may take part in each CIS. In this context, the particular characteristics of Brazilian federalism play an important role, as well as the State Government's induction to cooperation policies. The final configuration of Minas Gerais' CIS is studied from the perspective of different sets of factor of influence, from the first moment of these cooperative institutions in the 1990s, to the most recent developments in this area.

Keywords: *Federalism. Intermunicipality consortia. Public Politics.*

1 INTRODUÇÃO

O contexto das políticas públicas no Brasil não pode ser visto de forma separada dos estudos sobre as características do federalismo nacional. Questões como planejamento, financiamento, distribuição e coordenação das funções que compõem as políticas públicas têm ocupado o topo da agenda das discussões durante as últimas duas décadas, período ao longo do qual o Brasil tem adotado diferentes fórmulas de trabalho. A cooperação horizontal tem despontado, a partir da década de 2000, como uma opção promissora de trabalho, especialmente por oferecer respostas aos principais dilemas que afligem os entes mais frágeis da federação brasileira, os municípios.

Nesse sentido, as políticas de saúde têm sido pioneiras, por meio da multiplicação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, com destaque para a experiência de Minas Gerais. Entretanto, é preciso compreender a complexidade do ambiente político no qual se desenvolvem as novas tendências em cooperação federativa e políticas públicas, especialmente no que se refere ao lastro de contextos anteriores e, principalmente, da participação de outras esferas federativas nesse processo. O presente artigo busca, assim, explorar tais elementos político-federativos que, mesmo provenientes de outras áreas de políticas públicas e distantes no tempo, exercem influência capital sobre as experiências inovadoras recentes.

2 O FEDERALISMO COMO INSTÂNCIA POLÍTICA

O presente trabalho, a partir de uma perspectiva mais afeita à ótica da Ciência Política, define o federalismo como o sistema que, implantado em países caracterizados por desigualdades internas, tem por objetivo estabelecer mecanismos permanentes que equacionem de forma positiva os conflitos próprios de realidades tão complexas.¹

157

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" (ABRUCIO; COSTA, 1999; CAMARGO, 2001; SPAHN, 2001; OLIVEIRA; LIMA; 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-membros faz com

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

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. As relações no âmbito desse tipo de federalismo são chamadas “interfederativas”, uma vez que partem do pressuposto de que há várias partes distintas e independentes no interior do sistema, e que essas se relacionam (ABRUCIO; COSTA, 1999).

158

Já o “federalismo cooperativo” tem sua maior representação na República Federal Alemã, que consagrou, em sua Constituição de 1949, o objetivo de que todos os alemães deviam 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-membros 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”, pois ocorrem no interior de um todo compacto, orgânico - a federação -, envolvendo elementos constitutivos do sistema que são intimamente ligados entre si.

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 públicos (ABRUCIO; COSTA, 1999; VOLDEN, 2005). Destaque para os fenômenos, tipicamente norte-americanos, do *welfare magnet* e do *race to the bottom* (ABRUCIO; 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 veem 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).

159

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 (SPAHN, 2001; SPAHN, 2004).

Colocado entre esses dois extremos, o *quebecoise*² Alain Gagnon (ABRUCIO; 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

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

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.

3 FEDERALISMO E MUNICIPALISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Ainda sob a influência política do crescimento da oposição ao regime militar, configurada pelo pleito estadual de 1982, foi eleita, em 1986, a Assembleia 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 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 seguintes³ - 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

160

3 - 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; 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; SOARES, 2001), por sua vez, já relativizam o protagonismo da esfera estadual, dedicando mais atenção ao papel dos municípios na federação brasileira.

ao mesmo tempo em que ampliaram sua participação na divisão dos recursos tributários.

A Constituição Federal de 1988 inaugurou elemento inédito na história do federalismo mundial: a “federação trina”, que reúne não apenas União e estados federados, mas também os municípios na categoria de entes federados. A inclusão dos municípios, de forma aberta e nominal, no pacto federativo brasileiro é mostra do alto grau de atenção dedicada pelos constituintes à defesa do poder local.

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, mas 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 panaceia 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 nela, eliminando assim os custos e inconvenientes relacionados ao tradicional planejamento centralizado (ARRETCHE, 2003).

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 (ARRETCHE, 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, tal "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 consequências 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-o, 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 5 mil 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 período⁴. 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

4 - 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.

(57,4% do FPM e 15,2% do repasse estadual do ICMS), e apenas 4,5% tinha origem na arrecadação tributária própria (RIANI, 2002).⁵

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, teve um acréscimo de 18,14% (131 novas cidades) em seu total de municípios, passando de 722 em 1988 para 853 em 2001⁶. Dessa forma, os pequenos municípios - menos de 20 mil habitantes - passaram de 78% para 81% do total das cidades mineiras (SIMÕES, 2004).

Do ponto de vista das políticas públicas - e apesar das transferências de recursos das outras esferas federativas -, uma grave conseqüência 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

164

5 - 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.

6 - 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). 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).

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, contribuiu 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; 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 autossuficiência. Assim, caracterizou-se o fenômeno denominado “municipalismo autárquico”, combinação de várias forças de escopo nacional, regional e local, responsável por um dos maiores obstáculos à cooperação intermunicipal no Brasil (ABRUCIO; SOARES, 2001).

À medida que as determinações da Constituição de 1988 eram postas em prática, o processo de redemocratização ia se distanciando no tempo e 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; ROCHA, 2004).

166

4 POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA FRAGMENTAÇÃO FEDERATIVA

As políticas públicas de saúde no Brasil representam a vanguarda, em termos da atuação do Estado, ao longo das últimas três décadas. “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 e Descentralizado de Saúde) (ARRETCHE, 2000). A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição de 1988 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 levarmos 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 políticos 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 8.080/90, que estabelece as competências gerenciais das esferas federativas e, de modo geral, cria a estrutura geral do Sistema; e Lei nº 8.142/90, que define as formas de financiamento e participação no âmbito do SUS. A partir daí, coube às "Normas Operacionais Básicas" (NOBs) e às "Normas Operacionais de Assistência à Saúde" (NOAS) - portarias do Ministério da Saúde - guiar a construção da nova estrutura normativa e organizativa do SUS.

167

As NOBs e NOAS tiveram importância crucial na evolução do SUS, porque acabaram por determinar os fatores que estimulam - ou desestimulam - os entes subnacionais a aderir ao 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"⁷, através de programas específicos de incentivo à descentralização (ARRETICHE, 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.

168

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 por meio da valorização do papel dos Governos Estaduais como atores intermediários, responsáveis pela coordenação dos municípios, pela organização de sistemas multimunicipais de saúde,

7 - 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).

assim como pela realização de tarefas-meio para as quais a maioria dos municípios se mostrava incapacitada⁸ (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MONNERAT, SENNA; SOUZA, 2002; OLIVEIRA; LIMA; VIANA, 2002). Os governos estaduais, assim, foram instados a elaborar Planos Diretores de Regionalização (PDRs), dos quais constaria a divisão do território do estado em macrorregiões, microrregiões e módulos⁹ de atenção à saúde, que deveriam ser autossuficientes 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.

5 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

169

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; SOARES, 2001, CRUZ, 2001). Também no princípio da década de 1960, registram-se ocorrências de ações cooperativas de âmbito limitado, nos estados

8 - 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.

9 - 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).

do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina (CARVALHO, 1997-98, ABRUCIO; SOARES, 2001). Após esse momento inicial, marcado pela espontaneidade do movimento associativista, as relações de cooperação entre 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).

170

O ano de 1993 marca o surgimento dos consórcios intermunicipais de saúde no estado de Minas Gerais. De forma bastante atípica - pois não derivam de políticas de descentralização levadas a cabo por administrações estaduais - foram criados, nesse ano, dois CIS, a partir de estruturas de saúde pré-existentes e subutilizadas. 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 subutilizado. A Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), buscando proporcionar melhores condições na região para o desempenho da disciplina de "Internato Rural" por seus alunos, 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; 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 da FCM-MG (COELHO; VELOSO, 1997).

Outro momento importante na história dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais ocorreu quando o governador eleito em

1994 nomeou para o cargo de Secretário de Estado de Saúde um dos diretores da FCM-MG que, envolvido na 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 1 (abaixo):

Quadro 1 - CIS criados em Minas Gerais: ano de criação e quantidade

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 1995-1998. 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; PASTRANA, 2000a; COSECS, 2004). Isso indica certo recuo do associativismo intermunicipal, devido à suspensão da política de incentivo à criação de consórcios, ocorrida na Administração 1999 - 2002.

Dos municípios mineiros consorciados em 2004, 31,0% tinham 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% deles podem ser considerados “grandes”, como pode ser visto no quadro abaixo:

Quadro 2 - Municípios mineiros consorciados segundo a população

Tamanho da População dos Municípios Mineiros Consorciados	Municípios (%)	
Até 5.000	31,0	82,9
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 nos quadros acima, temos também o fato de que, das 15 cidades mineiras que participavam de mais de um CIS em 2004, 14 eram “pequenas”, e apenas uma era média (COSECS, 2004).

6 O PAPEL DO GOVERNO ESTADUAL: indução à cooperação

Os consórcios intermunicipais de saúde não se constituem 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 na década de 1990, 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.

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; 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 Gerais¹⁰, 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 concretizou¹¹ -, não foi capaz de garantir o aumento da influência que seus mentores estaduais objetivavam. Assim, foi através das Associações Microrregionais, uma experiência induzida pelas esferas estadual e - indiretamente - central da Federação, planejada durante o regime de exceção, que o associativismo intermunicipal fez sua estreia em Minas Gerais.

174

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, 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

10 - 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).

11 - 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).

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.

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", e a política de indução à formação de CIS representou a ascensão a um "segundo degrau". Apesar de se tratar 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. A análise de alguns pontos especiais da trajetória das Associações Microrregionais é capaz, ainda, de evidenciar mais detalhes sobre o processo através do qual o Governo do Estado logra incentivar os municípios à cooperação.

Durante o período de criação das AMs (1974 - 1987), Daniel Penna (1997) estabelece o ano de 1982 como o fim do período no qual órgãos estaduais de apoio aos municípios gozavam de prestígio especial e recursos em abundância dentro da burocracia do Estado de Minas Gerais. Como consequência, o processo de criação de AMs 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 (1983-1984) empreendeu na estrutura estadual de relacionamento com os municípios, que retirou bastante poder da Superintendência de Articulação com os Municípios (SUPAM) por acreditar que esta se encontrava permeada de influências clientelistas (PENNA, 1997). Paradoxalmente, data também, desse período, a elaboração de programas¹² 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 elas as alugassem aos municípios-membros por valores abaixo dos praticados pelo mercado. Isso representou um enorme estímulo para que os municípios se associassem às AMs, tanto que há quem diga que a sobrevivência das AMs foi devida ao sucesso do Promoto (PRODEMU, 1991c).

176

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

12 - 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).

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 tempo¹³. Em 1991, o governo estadual ensaiou voltar a apoiar as Associações Microrregionais através do 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

13 - O número total de Mas, 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).

como principal fonte de renda (o que mostra que a sobrevivência das AMs dava-se mais por esforço próprio delas 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).

Uma vez que o Promoto aparece como símbolo máximo da política de indução estadual à criação de AMs, e que esse se constitui como 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 nesta. Em poucas palavras: a cooperação intermunicipal (no âmbito das AMs) só foi até onde a indução a levou, não avançando mais.

178

O papel desempenhado pela indução estadual ao associativismo foi indispensável para a configuração de um cenário propício a movimentos posteriores de cooperação: 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.

7 CONFORMAÇÃO TERRITORIAL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: efeitos da indução estadual

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 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, entre 1995 e 1999, uma rede de associações bastante coincidente com a estrutura de AMs em atividade no estado. De um total de 40 AMs (ALEMG, 2006) e 64 CIS (COSECS, 2004) existentes no ano de 2004, temos que: 20 CIS possuíam todos os seus membros associados a uma mesma AM; 17 CIS tinham todos os seus membros, que são ligados a AMs, vinculados à mesma Associação Microrregional; e 10 CIS nos quais mais de 80% dos membros faziam parte de uma mesma AM. No total, 47 dos 64 CIS (73,43%), existentes em 2004, possuíam bases territoriais que coincidiam 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.

179

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

Os municípios das mesmas microrregiões, assim, necessariamente mantêm relações próximas, uma vez que o funcionamento delas 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 nela 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 das microrregionais de saúde (COELHO e VELOSO, 1997), que contavam com a presença dos membros delas. 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 apresentavam forte correlação com a estrutura de regionalização adotada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais¹⁴.

180

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 era, em 2004, de 73,43% de coincidência entre seus respectivos membros, enquanto que a relação entre as microrregiões de saúde e os CIS era 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

14 - A regionalização do território estadual com hierarquização crescente dos serviços de saúde, princípio organizativo do SUS, é tarefa de atribuição do Governo do Estado.

formal na criação dos CIS, pois funcionavam já há bastante tempo 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 em conta o exposto acima, 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 indicar. 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.

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 mineiros na década de 1990. 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, elas 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. No contexto do presente trabalho, temos que o efeito da política de indução está fortemente relacionado às 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 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.

8 UMA NOVA ETAPA NA INDUÇÃO ESTADUAL E SEUS EFEITOS SOBRE O ASSOCIATIVISMO

Após a indução do Governo Estadual à formação de consórcios intermunicipais de saúde, na década de 1990, a dinâmica predominante passa a ser a de consolidação desses enquanto instância coletiva política e técnica, em um processo de interação cada vez maior com as forças que predominam no cenário dos municípios brasileiros. O grande ponto de inflexão a ser considerado é a retomada, por parte do Governo do Estado, da concessão de incentivos aos consórcios intermunicipais de saúde a partir do ano de

2003. Diferente do período 1995-1998, o novo momento do apoio aos CIS foi marcado desde o início pela normatização das relações entre as partes envolvidas (Resolução SES/MG 0353/2003), assim como pelo planejamento e diversidade das ações implementadas, que culminaram na formalização do Programa Estadual de Fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais (PROCIS) no ano de 2009. Merece destaque, entretanto, o grande volume de recursos destinado pelo Governo do Estado aos CIS: R\$ 10 milhões em 2003, R\$ 18 milhões em 2006, R\$ 8 milhões em 2008 e R\$ 10 milhões em 2009 (MINAS GERAIS, 2010). À parte da transferência direta de recursos aos consórcios, eles também foram beneficiados pela integração ao Sistema Estadual de Transporte Sanitário (SETS), de forma que 499 microônibus foram transferidos a 49 CIS entre 2005 e 2011 (MINAS GERAIS, 2012).

A magnitude de tal estratégia de apoio aos consórcios intermunicipais exerceu influência significativa sobre a estrutura e o funcionamento deles. O número total de CIS em funcionamento em Minas Gerais variou pouco entre 2004 e 2012, passando de 64 para 65 (COSECS 2004 e 2012); foi registrado o encerramento das atividades de cinco consórcios, assim como a criação de seis novos CIS¹⁵. Em 2004, havia 694 municípios consorciados em Minas Gerais, enquanto que, em 2012, esse total passa a ser de 720: foram registrados 103 desligamentos de consórcios, ao passo que 129 adesões de cidades ocorreram no período¹⁶. Levando em conta que alguns municípios compõem mais de um consórcio, tendo sido comuns casos de desligamento e associação a mais de um CIS, o Quadro 3 apresenta os números relativos à movimentação de municípios envolvidos na análise:

15 - A extinção e posterior criação de consórcio envolvendo os mesmos municípios foi considerada, no presente trabalho, apenas como mudança de denominação do CIS.

16 - Desconsiderando as duplas contagens, temos 127 municípios se associando aos CIS, e 102 se desligando deles.

Quadro 3 - Movimentação de municípios nos CIS mineiros: 2004 - 2012

Ação	Motivo	Destino	Qtde	Total
Saídas	Encerramento do CIS	Buscaram outro CIS	1	35
		Permaneceram sem CIS	34	
	Espontânea	Buscaram outro CIS	27	68
		Participavam de dois CIS, permanecendo em um deles	8	
		Permaneceram sem CIS	33	
Entradas	Primeira associação	101	101	129
	Já integravam outro CIS	28	28	

184

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

O Quadro 3 acima evidencia o movimento de alternância no conjunto de municípios mineiros que participam de CIS. A comparação entre o grupo de cidades que deixaram os consórcios definitivamente e o grupo de municípios que aderiram aos CIS é esclarecedora: cidades menores têm progressivamente sido atraídas pelos CIS, enquanto que aquelas de maiores populações se desligam de tais associações. Essa tendência, já discutida na análise da formação dos consórcios mineiros, foi intensificada durante a década de 2000: quatro municípios com população superior a 100 mil habitantes deixaram os CIS, enquanto que nenhuma cidade de tal porte passou a integrá-los entre 2004 e 2012; nove municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes deixaram os consórcios intermunicipais de saúde, ao passo que apenas três cidades desse porte se associaram aos consórcios.

O Quadro 4 abaixo apresenta mais detalhes sobre os grupos de municípios que se desligaram e associaram a CIS entre 2004 e 2012. Vale lembrar que esse, diferente do Quadro 3, considera apenas o número de município, excluindo as duplas contagens de cidades que participam de mais de um consórcio.

Quadro 4 - Médias populacionais e movimentação de municípios (2004-2012)

Ação	Motivo	Nº mun.		Pop. Média	
Entradas	Primeira associação	99		12.899 hab.	
Saídas definitivas	Encerramento do CIS	33	66	20.108 hab.	28.720 hab.
	Espontânea	33		36.867 hab.	
Migrações	Migração entre CIS	28		9.120 hab.	

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

Considerando o conjunto de cidades que se desligou espontaneamente dos CIS, temos uma média populacional cerca de três vezes superior à do grupo de novas associadas aos consórcios. Tais dados reforçam a conclusão de que as menores cidades são as mais prejudicadas pelos efeitos do “municipalismo autárquico” que marca o federalismo brasileiro e, assim, as mais dispostas a buscar a cooperação regional. Dessa forma, apesar de o número de municípios consorciados ter sido acrescido em 25 cidades, a população atendida recuou a 618.528 habitantes entre 2004 e 2012.

A partir do total de 65 consórcios intermunicipais em funcionamento em 2012 (COSECS, 2012), temos que 6 foram criados entre 2004 e 2012, 15 mantiveram o mesmo número de membros, 19 tiveram reduzido o número de associados, e 25 tiveram aumento em seu grupo de municípios associados. Contribuíram para tal resultado,

principalmente, os 99 municípios que se consorciaram pela primeira vez, mas merece destaque o grupo de 28 cidades que migraram de um CIS para outro, assim como os oito municípios que, fazendo parte de dois consórcios em 2004, optaram por permanecer em apenas um deles. É sobre as características técnicas¹⁷ dos consórcios envolvidos nas trocas desses 36 municípios que trata o Quadro 5, abaixo:

Quadro 5 - Características técnicas dos consórcios escolhidos e preteridos pelos municípios mineiros

Características do consórcio escolhido em relação ao preterido				
Relação	Serviços oferecidos	Equipamentos disponíveis	Municípios participantes	Clínica
Mais	14	18	19	10
Menos	4	7	17	4
Igual	-	3	2	17

186

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

Apesar de o Quadro 5 apresentar algumas preferências claras no processo de escolha dos municípios - como aquela por CIS que oferecem maior variedade de serviços - é preciso levar em conta as características de cada consórcio como um todo. Por exemplo, a posse de equipamentos de saúde próprios, assim como a administração de uma clínica exclusiva do CIS não aparecem como fatores destacados na preferência dos municípios, mesmo sendo esses elementos intrinsecamente relacionados com a oferta de serviços que o consórcio disponibiliza a seus municípios membros. O porte do CIS também se coloca como fator indiferente no processo de seleção das administrações municipais, da mesma forma que a

17 - Não há disponibilidade de todos os tipos de informação para todos os consórcios (COSECS, 2012), de forma que só foram realizadas comparações nos casos em que havia dados suficientes.

transferência de recursos estaduais aos CIS, exposta no Quadro 6, abaixo:

Quadro 6 - Influência das transferências de recursos para CIS sobre as escolhas dos municípios (2004-2012)

Transferência de recursos do Governo Estadual a CIS escolhidos e preteridos por municípios que optaram entre dois consórcios	
Ambos	29
Apenas o CIS escolhido	2
Apenas o CIS preterido	2

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

Os resultados do Quadro 6 refletem a amplitude da política estadual de incentivo aos CIS, iniciada em 2003, e que transferiu recursos a 60 dos 65 consórcios intermunicipais de saúde existentes em 2012 (COSECS, 2012). Pode-se considerar, assim, o efeito da indução à cooperação como uma influência ampla, porém genérica, não tendendo a fortalecer qualquer CIS em detrimento dos demais.

187

Uma vez que tanto critérios de ordem técnica quanto financeira não apresentaram resultados consistentes ao influenciar a escolha dos municípios por consórcios intermunicipais de saúde, resta analisar a seara dos fatores políticos. Como já visto no presente trabalho, as Associações Microrregionais (AMs) foram decisivas no processo de formação dos CIS mineiros, fazendo com que eles assumissem uma conformação territorial muito próxima à das AMs. Devido ao poder que tais instituições possuem para aglutinar e coordenar a ação dos municípios - fruto de políticas de indução à cooperação, realizadas desde a década de 1970 pelo Governo do Estado - foi natural que as AMs influenciassem o processo de agrupamento das cidades em torno de novas instâncias coletivas, os consórcios intermunicipais de saúde. O Quadro 7, abaixo, mostra o grau de coincidência territorial

existente entre os CIS e as Associações Microrregionais em 2004 e em 2012:

Quadro 7 - Ocorrência de forte coincidência entre bases territoriais¹⁸ dos consórcios (2004 - 2012)

Ocorrência de forte coincidência entre as bases territoriais (em % do total de CIS)		
Envolvidos	2004	2012
CIS e de AMs	73,43	81,50
CIS e microrregiões de saúde (SES/MG)	70,31	66,15

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

Fica evidente a intensificação da influência das Associações Microrregionais sobre os consórcios intermunicipais de saúde, de acordo com o que indica o Quadro 7, acima: a forte coincidência territorial entre CIS e AMs, que em 2004 acontecia em 73,43% dos consórcios, passou a ser verificada em 81,50% dos CIS em 2012. Vê-se, assim, que foi a influência das Associações Microrregionais a grande força direcionadora da adesão de novas cidades aos consórcios e, principalmente, da migração de municípios entre consórcios distintos. É lógico supor que a recente injeção de recursos do Governo Estadual nos CIS teve, assim, as AMs como atores intermediários de destaque, pois foi exatamente essa ação de indução que reforçou ainda mais a coincidência entre os grupos de membros de CIS e de AMs.

188

18 - A coincidência entre as bases territoriais é considerada forte em três ocasiões: quando todos os membros do CIS participam da mesma AM; quando todos os membros do CIS que fazem parte de Associações Microrregionais, são membros de uma mesma AM; e quando mais de 80% dos membros do CIS ligados a AMs estão associados a uma mesma Associação Microrregional. Como as Microrregiões de Saúde da SES/MG independem de filiação, considera-se forte a coincidência territorial quando mais de 80% dos membros do CIS participam de uma mesma Microrregião de Saúde.

Interessante comparar também, a partir da análise do Quadro 7, a coincidência entre a composição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e a divisão territorial realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG, 2006) para organizar o funcionamento do SUS no estado. A forte coincidência territorial entre CIS e microrregiões de saúde, que em 2004 era verificada em 70,31% dos consórcios, passa a ocorrer em apenas 66,15% dos CIS existentes em 2012; isso indica um aumento do descompasso - ao menos, na esfera formal - entre o associativismo municipal e a organização básica da saúde pública em Minas Gerais. A força de atração das Associações Microrregionais supera, em muito, a influência exercida pelo próprio sistema de financiamento regular da saúde pública brasileira.

O papel das Associações Microrregionais - como concentradoras do impulso indutor à cooperação, concedido pelo Governo do Estado e, por isso, dotadas de protagonismo nas relações intermunicipais - pode ser ainda mais profundamente analisado. Por exemplo, dentre os 99 municípios que aderiram a consórcios intermunicipais de saúde entre 2004 e 2012, 74 são membros regulares de AMs; 63 dessas cidades optaram por fazer parte de CIS que têm forte coincidência territorial com a Associação Microrregional da qual são membros. Assim, a indução ao cooperativismo, fornecida pelo Governo do Estado, é captada pelas AMs, que a utilizam na atração de municípios para suas esferas de influência. Essa tendência aparece também no Quadro 8, abaixo, no qual é analisado o grupo de 36 municípios¹⁹ que optaram entre dois CIS entre 2004 e 2012, seja por meio de migração, seja pela escolha de permanecer em apenas um dos dois consórcios dos quais participavam.

19 - Desse total, 11 não faziam parte de qualquer AM, tendo sido 25 analisados no Quadro 8.

Quadro 8 - Municípios que escolheram entre dois CIS, de acordo com suas AMs de origem (2004 - 2012)

Foi para CIS Deixou CIS	AM da qual fazia parte era maioria	AM da qual fazia parte era minoria	Não havia predominância de uma AM
AM da qual fazia parte era maioria	10	1	2
AM da qual fazia parte era minorias	3	1	4
Não havia predominância de uma AM	2	-	2

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

Percebe-se, a partir do Quadro 8, que a maior parte dos municípios opta por migrar - ou permanecer - para consórcios nos quais a Associação Microrregional da qual ele faz parte é majoritária²⁰. Assim, os associados de uma AM buscam-se mutuamente, replicando as relações internas dessa instância no âmbito do consórcio. Tal critério de seleção coincide, então, com aquele utilizado pelos municípios que se consorciaram pela primeira vez entre 2004 e 2012, o que reforça o papel das Associações Microrregionais no contexto das relações entre os municípios mineiros.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da indução à cooperação, assim como de seus efeitos ao longo do tempo, é crucial para que se consiga trabalhar as políticas públicas no âmbito da federação brasileira. O cenário municipalista, de fragmentação na execução de boa parte das políticas

20 - A AM detém a maioria dos membros do consórcio em qualquer das três hipóteses: quando todos os membros do CIS são seus associados; quando todos os membros do CIS que participam de AM são seus associados; quando mais de 80% dos membros do CIS que participam de AM são seus associados.

públicas básicas, obriga à adoção de mecanismos institucionais de racionalização do uso de recursos e de estruturas públicas. Porém, a autonomia do ente municipal não pode ser sacrificada em favor de uma pretensa eficiência técnica advinda dos estados federados e da União. É preciso buscar a conciliação entre os extremos históricos de centralização e descentralização do federalismo brasileiro, e naquilo que toca à execução das políticas públicas, essa busca é essencial para a qualidade de vida dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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.

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.

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

CARVALHO, Aline Werneck Barbosa de. Dificuldades do Associativismo Municipal em Minas Gerais: Reflexões a partir de um estudo de caso. **Revista Pós**. São Paulo, n. 7, p. 16-35, 1997-98.

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.

COSECS - MG. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, 2012.

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 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.

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.

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.

193

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.

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

MINAS GERAIS. **Programa estadual de fortalecimento dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais**, 2010. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 21 jan. 2013.

MINAS GERAIS. **Sistema estadual de transporte sanitário (SETS)**, 2012. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/sistema-estadual-de-transporte-sanitario>. Acesso em: 21 jan. 2013.

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.

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.

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.

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

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

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.

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. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XIV. ABEP. Caxambu, 20-24 set. 2004.

195

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.

Paulo Ricardo Diniz Filho

VOLDEN, Craig. Intergovernmental Political Competition in American Federalism. **American Journal of Political Science**, v. 49, n. 2, p. 327-342, abr. 2005.

Recebido: 25/03/2013

Aprovado: 18/06/2013