

JÉSSICA NATÁLIA DA SILVA

**ACCOUNTABILITY E TEORIA DA AGÊNCIA NO SETOR PÚBLICO: ANÁLISE
DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Viçosa, como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em Administração,
para a obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

S586a
2018
Silva, Jéssica Natália da, 19-
Accountability e Teoria da Agência no setor público :
análise dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas
Gerais / Jéssica Natália da Silva. – Viçosa, MG, 2018.
xiv, 129f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Bruno Tavares.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Administração dos serviços de saúde - Minas Gerais.
2. Governança Corporativa. 3. Consórcios - Avaliação.
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em
Administração. II. Título.

CDD 22 ed. 658.152098151

JÉSSICA NATÁLIA DA SILVA

**ACCOUNTABILITY E TEORIA DA AGÊNCIA NO SETOR PÚBLICO: ANÁLISE
DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Viçosa, como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em Administração,
para a obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 19 de fevereiro de 2018.



Suely de Fátima Ramos Silveira



Fernanda Cristina da Silva



Bruno Tavares
(Orientador)

À minha base: Agostinho, Irene e Joyce.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda a minha vida, por todos os momentos, pela proteção e por ter me dado forças para chegar até aqui.

Aos meus pais, Agostinho e Irene, pelo exemplo de amor na família, pelos ensinamentos e por estarem sempre presentes, vibrando com as minhas alegrias e me dando forças nos momentos difíceis.

À minha irmã Joyce, que também me ampara nos momentos difíceis e comemora minhas alegrias, sendo também amiga e companheira. Pelo carinho de sempre, amor e cuidado.

Ao meu noivo Luan, por ter dividido comigo todos os momentos do mestrado e feito com que estes momentos fossem mais alegres. Agradeço também pelo amor e carinho.

À minha família, pelas orações.

Às minhas amigas de Viçosa-MG, pela motivação, torcida e apoio. Em especial: Gabi, Amanda, Vanucci, Jéssica, Gabi Amélia e Yasmin.

À família do Luan, em especial Mônica, Jair, Kléber e Lincoln.

Ao meu orientador, Prof. Bruno Tavares, pelas orientações, conselhos, ensinamentos, pela paciência de sempre e por ter confiado em mim.

Aos meus coorientadores, Prof. Thiago e Prof. Evandro, por terem contribuído com o meu trabalho, pela confiança e momentos preciosos de discussão.

À banca composta pelas professoras Fernanda Cristina e Suely Ramos, pela leitura cuidadosa e pelas contribuições. Em especial, reforço o agradecimento à Professora Suely Ramos por todo o ensinamento desde a graduação, pela presteza, orientações e conselhos.

Ao Grupo de Pesquisa em Previdência (GPPrev) pelo acolhimento e inclusive, pela ampliação do escopo do grupo englobando a Seguridade Social, o que me permitiu maior envolvimento.

À Maysa, pela ajuda no desenvolvimento da pesquisa. Por toda preocupação e disponibilidade.

Aos colegas de gabinete: Vinícius, Raquel, Antônio, Maria Eduarda e Letícia.

Aos companheiros do Mestrado, pelo compartilhamento de conhecimentos e pela convivência. Agradeço especialmente à Priscila, por estar presente desde a graduação, pela amizade.

Aos professores e funcionários do Departamento de Administração e Contabilidade pela convivência e ensinamentos transmitidos.

À Universidade Federal de Viçosa, pelo ensino e formação.

Aos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, pela presteza na divulgação dos Protocolos de Intenção e Estatutos, que permitiram a realização do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado durante todo o período do curso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais pelo financiamento concedido em alguns momentos, que permitiu a presença em eventos e a divulgação da pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	x
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUÇÃO GERAL	1
HOMOGENEIDADE E HETEROGENEIDADE DE ESTRUTURAS PÚBLICAS DE COOPERAÇÃO: CONHECENDO OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 Consórcios públicos: história e regulamentações	7
2.2 Consórcios intermunicipais.....	10
2.3 Consórcios Intermunicipais de Saúde	11
2.4 Desigualdades Regionais	14
3. METODOLOGIA	15
3.1 Classificação da pesquisa.....	15
3.2 Coleta de dados.....	15
3.3 Análise de Cluster	16
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
4.1 A região estudada e os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais	19
4.2 Heterogeneidade e Homogeneidade dos CIS-MG	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS SOB A PERSPECTIVA DA ACCOUNTABILITY E DA TEORIA DA AGÊNCIA NO SETOR PÚBLICO	36
1. INTRODUÇÃO	37
2. REFERENCIAL TEÓRICO	39
2.1 Consórcios Públicos.....	39
2.1.1 Estrutura Organizacional.....	39
2.1.2 Formas Contratuais	42

2.2	Teoria da Agência	46
2.3	<i>Accountability</i>	48
3.	METODOLOGIA	51
3.1	Classificação da pesquisa.....	51
3.2	Instrumentos de coleta de dados	51
3.3	Instrumentos de análise dos dados.....	52
4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
4.1	Relação de Agência	53
4.2	Informação Transparente	56
4.3	Participação.....	60
4.4	Controle	63
4.5	Sanção	67
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
	PRÁTICAS DE <i>ACCOUNTABILITY</i> NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS	77
1.	INTRODUÇÃO	78
2.	REVISÃO DE LITERATURA	79
2.1	Cooperação intermunicipal no âmbito da Saúde	79
2.2	A <i>accountability</i> e sua vinculação aos consórcios públicos	82
3.	METODOLOGIA	85
3.1	Caracterização da pesquisa	85
3.2	Criação de índices – o Índice de <i>Accountability</i> para Consórcios Intermunicipais de Saúde - IACIS	85
4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	88
4.1	Informação Transparente	91
4.2	Participação e Interação	92
4.3	Mecanismos de Controle	93
4.4	Sanção	94
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
	CONCLUSÕES GERAIS	100
	REFERÊNCIAS GERAIS.....	102
	APÊNDICE A - Relação de municípios que participam dos CIS-MG	103

APÊNDICE B – Municípios pertencentes a mais de um cluster.....	106
APÊNDICE C - Relação da população e renda per capita de cada município de acordo com os Clusters criados.	107

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1

Quadro 1: Evolução da legislação brasileira sobre os consórcios públicos, intermunicipais e de saúde	9
Quadro 2: Variáveis utilizadas no estudo	16
Figura 1: Mapa da distribuição espacial dos clusters.	20
Quadro 3: Clusters criados e suas composições	21
Figura 2: Dispersão dos clusters a partir das variáveis analisadas	26

ARTIGO 2

Figura 1: Estrutura organizacional dos Consórcios Públicos	42
Quadro 1: Categorias de análise	52
Figura 2: Informações externas x informações internas	58
Figura 3: A Relação de Agência e a <i>Accountability</i> nos Consórcios Públicos	69

ARTIGO 3

Quadro 1: Diferentes abordagens relacionadas à <i>accountability</i>	82
Quadro 2: Dimensões do IACIS	86
Quadro 3: Questões para a composição do IACIS	87

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Valores mínimos, máximos e médios de cada cluster	23
---	----

ARTIGO 3

Tabela 1: Estatística descritiva IACIS.....	88
Tabela 2: Os CIS-MG de acordo com o IACIS.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
ATLAS	Atlas do Desenvolvimento Humano
CIAS	Consortio Intermunicipal Aliança para a Saúde
CIDESLESTE	Consortio Intermunicipal de Desenvolvimento Econômico e Social do Leste de Minas
CIESP	Consórcio Intermunicipal de Especialidades
CIMBAJE	Consórcio Intermunicipal Multifinalitário do Baixo Jequitinhonha
CINSC	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CISAJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
CISALP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba
CISALV	Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto das Vertentes
CISAMAPI	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga
CISAMESP	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Médio Sapucaí
CISAMSF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco
CISAMVAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Paranaíba
CISAPVP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba
CISARP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Rio Pardo
CISARVG	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro Região do Alto Rio Verde Grande
CISASF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco
CISCAPARAÓ	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Caparaó
CISCAXAMBÚ	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Caxambú
CISCEL	Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste
CISCEN	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste
CISCIRCUITODAS ÁGUAS	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sistema Microrregional de Saúde de São Lourenço
CISCOM	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Centro Oeste Mineiro
CISDESTE	Consortio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste
CISDOCE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce
CISEVMJ	Consórcio Intermunicipal de Saúde entre os Vales Mucuri e Jequitinhonha
CISGRÃOMOGOL	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro Região de Grão Mogol
CISLAGOS	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas
CISLAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios dos Lagos de Peixoto

CISLAV	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião de Lavras
CISLESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste
CISLESTE-GV	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Leste de Minas
CISMARG	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião dos Municípios do Alto Rio Grande
CISMARPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro Região do Alto Rio Pardo
CISMAS	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Sapucaí
CISMEJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Médio Jequitinhonha
CISMEM	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Médio Mucuri
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
CISMEPI	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba
CISMESF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
CISMEV	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas
CIS-MG	Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais
CISMIRECAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Caratinga
CISMISEL	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas
CISMIV	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa
CISMMA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Manga
CISNES	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Entorno de Salinas
CISNORJE	Consorcio Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência Macro Nordeste / Jequitinhonha
CISNORTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas
CISPARÁ	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Rio Pará
CISPARANAÍBA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba
CISPONTAL	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo
CISPORTAL	Consórcio Intermunicipal de Saúde Portal do Norte
CISREC	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Calcário
CISREUNO	Consórcio Intermunicipal de Saúde Reúno
CISRUCENTROSUL	Consorcio Intermunicipal da Rede de Urgência Centro Sul
CISRUN	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas
CISSM	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Mineiro
CISSUL	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios Sul Mineiros
CISSUL-SAMU	Consorcio Público Intermunicipal de Saúde da Macrorregião Sul de Minas Gerais Para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência
CISTM	Consorcio Público Intermunicipal de Saúde do Triangulo Mineiro
CISTRI	Consórcio Público Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência

	da Macrorregião do Triângulo Norte
CISUM	Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata
CISUNIÃOGERAL	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Desenvolvimento Integrado da Micro Região da Serra Geral de Minas
CISURGOESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência
CISVALEGRAN	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Grande
CISVALES	Consórcio Intermunicipal de Saúde Vales
CISVAS	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Suaçuí
CISVER	Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes
CISVERDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde Verde
CISVI	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica
CONSARDOCE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio Doce
CONDESUS	Consórcio de Desenvolvimento Sustentável da Quarta Colônia
CONSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro Região do Vale do Aço
CONSONORTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Norte do Rio Doce
CONSURGE	Consortio de Urgência e Emergência do Leste de Minas Gerais
CONVALES	Consortio de Saúde e Desenvolvimento dos Vales do Noroeste de Minas
COSECS	Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais
FCM-MG	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IACIS	Índice de <i>Accountability</i> para Consórcios Intermunicipais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM® SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPER	Iniciativa Pública Estratégica e Regional
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPELL	<i>Scientific Periodicals Electronic Library</i>
SIMSAÚDE	Consortio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos Em Saúde

RESUMO

SILVA, Jéssica Natália, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2018. ***Accountability e Teoria da Agência no setor público: análise dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais***. Orientador: Bruno Tavares. Coorientadores: Thiago de Melo Teixeira da Costa e Evandro Rodrigues de Faria.

Pretendeu-se com este estudo compreender e analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais à luz da *Accountability* e da Teoria da Agência no setor público. Para a execução da proposta, inicialmente percorreu-se sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir dos municípios que os compõem, identificando variáveis que levavam os municípios a se assemelharem ou a se diferenciarem, tendo como base pesquisas documentais e bibliográficas e a Análise de Cluster a partir de variáveis socioeconômicas dos municípios consorciados. Adiante, analisou-se os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público, sendo realizada a Análise de Conteúdo dos Protocolos de Intenção de tais entidades, a partir de categorias de análise criadas (relação de agência, informação transparente, controle e sanção). E, ainda, mensurou-se as práticas de *accountability* nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, tomando por base práticas de *accountability* (informação transparente, participação, controle e sanção) identificadas em Estatutos e Protocolos de Intenção que possibilitaram a construção do Índice de *Accountability* dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (IACIS). Com base nos achados, foi concluído que os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são heterogêneos se comparados entre si e também heterogêneos quanto à utilização de práticas de *accountability*. Além disso, ao analisar a existência de elementos da Teoria da Agência e da *Accountability*, destacou-se que muitos deles estão inseridos nas estruturas dos consórcios, no entanto, existem ainda alguns mecanismos e conceitos que, se fossem encontrados em tais estruturas, poderiam minimizar comportamentos oportunistas de alguns agentes e ainda, auxiliar no controle, na transparência, na prestação de contas e na responsabilização dos agentes públicos, já que tais elementos podem não somente aferir legitimidade aos consórcios, como também auxiliar no melhoramento das relações sociais e na geração de confiança entre os entes consorciados.

ABSTRACT

SILVA, Jéssica Natália, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2018. **Accountability and Agency Theory in the Public Sector: Analysis of the Intermunicipal Health Consortiums of Minas Gerais.** Advisor: Bruno Tavares. Co-Advisors: Thiago de Melo Teixeira da Costa and Evandro Rodrigues de Faria.

This study aimed to understand and analyze the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais in the light of Accountability and Agency Theory in the public sector. For the implementation of the proposal, the Intermunicipal Health Consortiums of Minas Gerais were initially analyzed from the cities that compose them, identifying variables that led cities to resemble or differentiate, based on documentary and bibliographic research and Cluster analysis based on socioeconomic variables of the consortium cities. Later, the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais was analyzed from the perspective of Accountability and Agency Theory applied to the public sector, and the Content Analysis of the Protocols of Intent of such entities was performed, based on categories of analysis created (agency relationship, transparent information, control and sanction). Also, the level of adherence of accountability practices in the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais was measured, based on accountability practices (transparent information, participation, control and sanction) identified in Statutes and Protocols of Intention that enabled the construction of the Accountability Index of the Inter-Municipal Health Consortiums of Minas Gerais (IACIS). Based on the findings, it was concluded that the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais are heterogeneous if compared to each other and also heterogeneous regarding the use of accountability practices. In addition, when analyzing the existence of elements of Agency Theory and Accountability, it was pointed out that many of them are part of consortium structures, however, there are still some mechanisms and concepts that, if found in such structures, could minimize opportunistic behaviors of some agents, and also help control, transparency, accountability and accountability of public agents, since such elements can not only legitimize consortiums, but also help to improve social relations and trust between the consortium entities.

INTRODUÇÃO GERAL

A ideia central deste estudo é que quanto mais heterogêneos os Consórcios Intermunicipais de Saúde, mais exigirão estruturas de governança e práticas de *accountability*. Entende-se que mecanismos de governança, em especial da Governança Corporativa aplicada ao setor público, podem ser utilizados com o intuito de promover a convergência de interesses, para que a gestão de entidades públicas seja monitorada e, ainda, para que haja uma redução de elementos do sistema hierárquico. Além disso, entende-se também que a *accountability* pode auxiliar na preservação da democracia, bem como auxiliar no controle e na responsabilização de agentes que exercem o poder em detrimento da delegação de outros (CAMPOS, 1990; PINHO; SACRAMENTO, 2009).

A Governança Corporativa foi observada neste estudo a partir das relações de agência, que são entendidas por Jensen e Mickling (1976) e Broadbent, Dietrich e Laughlin (1996) como um acordo em que o agente principal contrata outra pessoa (o gestor) para desempenhar algum serviço em nome do agente principal. Dessa forma, o gestor passa então a obter o poder para a tomada de decisão. Ressalta-se que há semelhança dessas relações na estrutura dos consórcios públicos, pois a Assembleia Geral, formada por um representante de cada ente consorciado, elege por meio de voto um Presidente e Vice-Presidente. Além disso, o Presidente eleito indica ainda um Secretário Executivo, que é o responsável pelas áreas contábil, financeira, orçamentária e operacional dos consórcios.

Com relação à *Accountability*, ainda que seja um termo de difícil tradução para o português (CAMPOS, 1990), pode ser entendida como “a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1348). No caso dos consórcios, entende-se que a *accountability* pode ser usada para a análise de organizações públicas, visto que mecanismos e processos da mesma “podem afetar tanto a conduta dos governantes quanto as políticas públicas concebidas e implementadas por eles” (ARANTES; LOUREIRO; COUTO; TEIXEIRA, 2010, p. 119).

Assim sendo, esta pesquisa adquiriu o propósito de responder a seguinte questão: de que forma a *Accountability* e a Teoria da Agência no setor público estão inseridas nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (CIS-MG)?

O objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais à luz da *Accountability* e da Teoria da Agência no setor público. De

forma específica, pretendeu-se: i) descrever os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir dos municípios que os compõem, identificando variáveis que levam os municípios a se assemelharem ou a se diferenciarem; ii) analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público; iii) mensurar as práticas de *accountability* nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

Ressalta-se que a região estudada, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e com o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais - COSECS, possui 78 consórcios intermunicipais de saúde. Nesta pesquisa, no entanto, foram estudados 77 CIS-MG, pois foi observado que um dos consórcios compreendia diferentes estados: o CIS da Região Fronteira entre os Estados da Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo, como o foco do estudo consiste em analisar os consórcios intermunicipais, este foi excluído da análise.

Os 77 consórcios analisados abrangiam 1.620 municípios consorciados, em 2010. Além disso, ressalta-se que dos 853 municípios pertencentes a Minas Gerais, 835 faziam parte de pelo menos um consórcio, existindo municípios que faziam parte de até 4 consórcios intermunicipais de saúde simultaneamente.

Além desta introdução geral, das conclusões gerais, e dos apêndices, esta dissertação encontra-se estruturada em três artigos. O primeiro apresenta as heterogeneidades e homogeneidades encontradas nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. O segundo artigo apresenta os consórcios estudados sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência no setor público. Por fim, o terceiro artigo apresenta as práticas de *accountability* nos CIS-MG.

ARTIGO 1

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

Resumo

Este artigo teve como objetivo descrever os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (CIS-MG) a partir dos municípios que os compõe, identificando variáveis que levam os municípios a se assemelharem ou a se diferenciarem. Para a execução da proposta, foram realizadas pesquisas documental e bibliográfica, com o intuito de contextualizar a região estudada e os CIS-MG e uma Análise de Cluster, com o objetivo de verificar a homogeneidade/heterogeneidade dos consórcios, a partir de variáveis relacionadas ao desenvolvimento, saúde, renda e educação dos municípios consorciados. Os resultados indicaram que os CIS-MG são heterogêneos se comparados entre si e que tal dissimilaridade pode ser resultado das desigualdades regionais encontradas em Minas Gerais. Além disso, quanto às variáveis analisadas, foi possível observar que quase todos os agrupamentos criados apresentaram comportamento semelhante, exceto em variáveis relativas à saúde, já que municípios que indicaram receber maiores repasses da União e de outros entes federativos não apresentaram melhores condições de saúde. O estudo ainda reforçou a existência dos consórcios, já que muitos municípios podem encontrar condições favoráveis para desenvolver suas atividades quando inseridos nos mesmos e apresentou contribuições para a literatura e para gestores públicos, principalmente a nível local, por apresentar variáveis que condicionam estruturas homogêneas ou heterogêneas de gestão cooperativa.

Palavras-chave: Cooperação; Consórcios Intermunicipais de Saúde; Desigualdades Regionais.

Abstract

This article aimed to describe the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais (CIS-MG) from the cities that compose them, identifying variables that lead cities to resemble or differentiate themselves. For the execution of the proposal, a documentary and bibliographical research was carried out, with the purpose of contextualizing the studied region and the CIS-MG and a Cluster Analysis, with the objective of verifying the homogeneity/heterogeneity of the consortia, from variables related to development, health, income and education of the consortium cities. The results indicated that the CIS-MG are heterogeneous when compared to each other and that such dissimilarity may be a result of the regional inequalities found in Minas Gerais. In addition, regarding the analyzed variables, it was possible to observe that almost all the groupings created presented similar behavior, except in variables related to health, since cities that indicated receiving higher onlays from the Federal Government and from other federative entities did not present better health conditions. The study also reinforced the existence of consortiums, since many cities may find favorable conditions to develop their activities when inserted in them and presented contributions to the literature and to public managers, especially at the local level, because they present variables that condition homogeneous or heterogeneous structures cooperative management.

Keywords: Cooperation; Intermunicipal Health Consortia; Regional Inequalities.

1. INTRODUÇÃO

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

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

Alguns estudos (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2008; ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013) apontam que a cooperação e a descentralização devem estar articuladas, partindo-se da premissa de que cada ente federado atuando de forma isolada, não poderia formular e implementar todas as suas ações. Pode-se ainda dizer que a ação cooperada possibilita a soma de esforços, pois governos com condições melhores podem ajudar àqueles que enfrentam condições piores, gerando sinergia e complementaridade. Além disso, a cooperação também pode gerar a integração de políticas públicas, fazendo com que os ganhos aconteçam numa perspectiva territorial ampliada (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2008; LACZYNSKI; TEIXEIRA, 2011).

O Associativismo Territorial ganha importância no cenário apresentado e é tido como um mecanismo que pode auxiliar na problemática da descentralização e cooperação (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2008; KLINK, 2009). Segundo Abrucio e Ramos (2012), o associativismo territorial pode ser descrito como a aliança formal ou informal que se estrutura tanto no plano vertical (quando envolvem os três níveis de governo), como no plano horizontal (quando envolve entes no mesmo nível federativo).

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

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

Para este estudo, optou-se por estudar os consórcios públicos, mais especificamente, os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (CIS-MG). A justificativa pela escolha de se estudar os consórcios públicos, consiste na relevância e na representatividade dos mesmos no Brasil. Segundo o Perfil dos Municípios Brasileiros 2011 (IBGE, 2012), dos 5.565 municípios que existiam no Brasil na época, 4.175 pertenciam a algum consórcio. Quanto aos consórcios públicos, 3.295 municípios faziam parte dos mesmos. Além disso, de acordo com o Observatório dos Consórcios Públicos e do Federalismo (2013), em 2012 já existiam mais de 400 consórcios públicos no Brasil.

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

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

Os 77 consórcios analisados abrangiam 1.620 municípios consorciados, em 2010. Além disso, ressalta-se que dos 853 municípios pertencentes ao estado de Minas Gerais, 835 faziam parte de pelo menos um consórcio, existindo municípios que faziam parte de até 4

consórcios intermunicipais de saúde simultaneamente. Ressalta-se ainda o município de Comendador Levy Gasparian, que pertence ao Rio de Janeiro, também está inserido em um dos consórcios analisados, a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES).

Destacando a importância e a gama de consórcios intermunicipais de saúde existentes em Minas Gerais, este estudo possui a seguinte questão de pesquisa: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, enquanto estruturas de cooperação, são mais homogêneos ou heterogêneos entre si?

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

Conforme apresenta Ravanelli (2010), para que haja articulação regional, alguns fatores devem ser considerados, tais como: o peso político de cada ente na articulação institucional, os objetivos comuns e a forma de financiamento da gestão compartilhada. Além disso, ainda segundo o autor, a instituição de um consórcio requer um processo de debate, articulação e negociação política em torno das cláusulas do contrato de constituição do consórcio. Dessa forma, entende-se que a heterogeneidade, caso se confirme, pode se tornar um fator crítico, pois acaba por inibir a cooperação. Por outro lado, a homogeneidade pode ser favorável ao alcance de objetivos comuns, principalmente para os pequenos municípios.

Além desta introdução, o estudo está dividido em outras quatro seções. A primeira compreende a revisão de literatura, que discute a respeito dos Consórcios Públicos, Consórcios Intermunicipais e Consórcios Intermunicipais de Saúde. Além disso, apresenta-se ainda uma breve discussão sobre as desigualdades regionais. Posteriormente, apresenta-se a metodologia, contendo a caracterização da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e os instrumentos de análise de dados. A terceira seção compreende a discussão e análise dos resultados e, por fim, serão apresentadas as contribuições deste estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção faz-se uma apresentação dos consórcios públicos e a evolução dos mesmos a partir da Constituição de 1988. Além disso, apresenta-se também os Consórcios Intermunicipais e os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Posteriormente, faz-se ainda uma breve discussão sobre as desigualdades regionais.

2.1 Consórcios públicos: história e regulamentações

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

Buscando entender a história dessas instituições no Brasil, diversos estudos (PRATES, 2012; LIMA, 2000; MATOS; DIAS, 2012; PEREIRA, 2014) apresentam que a ideia dos consórcios públicos, em termos legais, vem desde a Constituição de 1891. Em tal Constituição, os consórcios eram vistos como contratos e deveriam obter aprovação do Governo do Estado, caso os membros de tais consórcios fossem municípios e aprovação da União, caso fossem constituídos por estados.

A Constituição de 1937 previu os consórcios públicos como pessoas jurídicas de Direito Público, sem muito avançar no assunto. A Constituição de 1946, por sua vez, teve por intuito apresentar a ideia da autonomia federativa e deu maior importância aos consórcios públicos. No entanto, conforme apresentado por Prates (2012) tal autonomia acabou restringida pelo Regime Militar, que ocorreu dezenove anos depois. Já a Constituição de 1967, que foi promulgada no período militar, acabou por conceber os Consórcios Públicos apenas como pactos de colaboração.

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

Ainda com relação à Constituição Federal de 1988, o Artigo 37 define que os consórcios, não importando a área de atuação, estão sujeitos a alguns princípios, sejam eles: a) legalidade; b) impessoalidade; c) moralidade; d) publicidade; e) eficiência.

Mesmo após a promulgação da Constituição de 1988 os consórcios públicos ainda eram pouco mencionados na lei, visto que o Artigo 241 não dispunha de informações completas que evidenciassem a posição jurídica dos mesmos (RIBEIRO, 2007). Assim sendo, por falta de estatuto jurídico adequado, estados e municípios não conseguiam exercer um papel colaborativo com outros entes públicos.

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

Com relação aos consórcios intermunicipais de saúde, a difusão dos mesmos no Brasil só teve início a partir de 1990. Conforme destaca Rocha (2016), a difusão dos CIS ocorreu de forma heterogênea no Brasil, visto que cada estado possui/possuía características específicas. Além disso, ressalta-se ainda que, nesta época foram promulgadas as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que definiram a integração dos consórcios intermunicipais ao Sistema Único de Saúde (SUS).

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

A Lei nº 11.107, que dispõe sobre as normas gerais para a União, os Estados e os Municípios contratarem os consórcios públicos para a realização de objetivos de interesses comuns, também estabelece outras providências com o intuito de complementar o desenho federativo brasileiro que emergiu juntamente com a Constituição de 1988. Além disso, versa também sobre a gestão dos consórcios intermunicipais de saúde, já que os mesmos, além de estarem sujeitos aos princípios que sustentam os consórcios públicos, estão também sujeitos aos princípios, diretrizes e normas do SUS, conforme apresentado pelo Artigo 1º da Lei 11.107/2005. Tais princípios estão na maioria das vezes relacionados à descentralização e à regionalização da oferta de saúde pública (RIBEIRO; COSTA, 2000).

De acordo com Ravanelli (2010) tal lei dá nova regulamentação às cooperações horizontais e verticais, com vistas a promover a ideia da gestão compartilhada de políticas públicas e também ações cooperadas. Além disso, a referida Lei estabelece também que os consórcios públicos devem ser efetivados a partir das seguintes etapas: 1ª) cada consórcio deve estabelecer um Protocolo de Intenções; 2ª) tal Protocolo deve ser retificado; 3ª) devem ser estabelecidos o Estatuto e o Regimento Interno; 4ª) devem ser formalizados os Contratos de Rateio; 5ª) deve ser estabelecido um Contrato de Programa (BRASIL, 2005).

Após a aprovação da Lei de Consórcios Públicos nº 11.107 e da sua regulamentação, o Decreto 6.017, de 17/01/2007 foi aprovada ainda a Portaria nº 72, de 01 de fevereiro de 2012, que estabeleceu normas gerais com o intuito de consolidar as contas dos consórcios públicos, de acordo com os pressupostos de responsabilidade fiscal.

Além das regulamentações de caráter nacional, o Estado de Minas Gerais, no qual estão localizadas as unidades de análise deste estudo, também apresentou algumas normas e leis que tratam dos consórcios. A Lei Estadual nº 18.036, de 12 de janeiro de 2009, por exemplo, trata da constituição dos consórcios públicos dentro do Estado, bem como das cláusulas obrigatórias dos protocolos de intenções, da personalidade jurídica dos mesmos, entre outras providências. Já a Resolução da Secretaria do Estado de Saúde (SES) nº 9.903 de 06 de setembro de 2013, trata especificamente dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, aprovando os procedimentos para remanejamentos, alteração cadastral do tipo de gestão, contratação, processamentos da produção e pagamento. Tais procedimentos já estavam previstos no Art. 5º da Resolução SES nº 3.577, de 26 de dezembro de 2012, que tratava do processo de credenciamento dos serviços dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

A evolução da legislação brasileira sobre os consórcios públicos, intermunicipais e de saúde é apresentada no Quadro 1, baseado nos estudos de Pereira (2014) e Prates (2012), sendo acrescentadas também regulamentações, uma vez que o estudo de tais autores trouxe o período compreendido entre 1891 e 2007 e ainda, tais estudos apresentaram a regulamentação apenas para os consórcios públicos, não incluindo os consórcios intermunicipais e os consórcios intermunicipais de saúde.

Quadro 1: Evolução da legislação brasileira sobre os consórcios públicos, intermunicipais e de saúde

Regulamentação	Implicação para o consorciamento de entes públicos
Constituição Federal de 1891	Os consórcios públicos são constituídos como contratos
Constituição Federal de 1937	Previu os consórcios públicos como pessoas jurídicas de direito público
Constituição Federal de 1946	Procurou resgatar a ideia de autonomia federativa
Constituição Federal de 1967	Os consórcios públicos foram colocados como meros pactos de colaboração
Constituição Federal de 1988	Os municípios e o Distrito Federal são reconhecidos como entes federativos e a ideia do consorciamento ganha força
Emenda Constitucional nº 19/1988	Alterado o Artigo 241 da CF/88, autorizando a gestão associada de serviços públicos
Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990	Definiram a integração dos consórcios intermunicipais ao Sistema Único de Saúde (SUS)
Lei de Consórcios Públicos nº 11.107/2005	Dispôs sobre as normas gerais para a contratação dos consórcios públicos para a realização de objetivos de interesses comum e estabeleceu outras providências com o intuito de complementar o desenho federativo brasileiro

(continua)

Quadro 1: Evolução da legislação brasileira sobre os consórcios públicos, intermunicipais e de saúde (conclusão)

Regulamentação	Implicação para o consorciamento de entes públicos
Decreto de Lei nº 6.017/2007	Regulamentou a Lei de Consórcios Públicos nº 11.107/2005
Portaria nº 72/2012	Estabeleceu normas gerais com o intuito de consolidar as contas dos consórcios públicos, de acordo com os pressupostos de responsabilidade fiscal
Lei Estadual nº 18.036/2009	Tratou da constituição dos consórcios públicos dentro do Estado de Minas Gerais, bem como das cláusulas obrigatórias dos protocolos de intenções, deu personalidade jurídica dos mesmos, entre outras providências
Resolução da Secretaria do Estado de Saúde (SES) nº 9.903/2013	Tratou especificamente dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, aprovando os procedimentos para remanejamentos, alteração cadastral do tipo de gestão, contratação, processamentos da produção e pagamento

Fonte: Adaptado Prates (2012) e Pereira (2014).

Muitos dos aspectos estruturais e administrativos foram institucionalizados, sendo notada uma atenção crescente do Estado, nas diferentes esferas, a esta forma de associativismo territorial. Aspectos de outra natureza, porém, apenas podem ser dirimidas na construção real das organizações. A constituição e sobrevivência dos consórcios estão associadas à superação de questões como o peso político de cada ente, os objetivos comuns, a gestão compartilhada, entre outros. Isto exige um processo de debate e articulação política, materializando-se nos acordos e nas práticas de gestão. Alguns destes temas serão discutidos a seguir.

2.2 Consórcios intermunicipais

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

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

Conforme apresentam Abrucio et al. (2013), os seguintes fatores podem favorecer o consorciamento: a) a existência de uma identidade regional; b) questões que envolvem “tragédias comuns”, ou seja, problemas que acabam por envolver vários municípios de forma

que a cooperação se torne necessária; c) a constituição de lideranças políticas regionais capazes de produzir alianças municipais; d) regras sistêmicas e mecanismos de indução de políticas públicas; e) apoio e indução dos governos federais e/ou municipais; f) pactos políticos entre prefeitos e governadores; g) a existência de marcos legais que tornem a cooperação mais atrativa e estável.

Abrucio et al. (2008) apresentam, no entanto, algumas variáveis que podem desfavorecer a cooperação intermunicipal, sendo: a) comportamento individualista e autárquico dos municípios; b) ausência de identidade regional; c) brigas político-partidárias entre os prefeitos ou desses com os governadores; d) engessamento do direito administrativo e de sua interpretação pelos Tribunais de Contas, criando obstáculos para o associativismo municipal; e) falta de indução federativa por parte de outros governos (estadual e federal); f) gestão pública frágil; g) conflitos intergovernamentais; h) o pouco destaque que o associativismo territorial ocupa na agenda pública brasileira.

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

Machado e Andrade (2014) corroboram os autores anteriormente citados quando afirmam que os consórcios intergovernamentais são estruturas baseadas em regras que são capazes de induzir a cooperação e, ainda, o comportamento cooperativo de todos os membros. No entanto, conforme apresentado pelo estudo de tais autores, os contextos das ações coletivas podem influenciar tais comportamentos, na medida em que acontecem riscos do tipo *free rider* ou conflitos entre os interesses dos membros. Dentre alguns motivos para que aconteçam tais conflitos ou mudanças de comportamento, pode-se destacar: a) absorção de custos; b) acesso a benefícios.

2.3 Consórcios Intermunicipais de Saúde

As experiências de consorciamento intermunicipal têm acontecido nas seguintes áreas: saúde, educação, serviços públicos, obras públicas, meio ambiente e desenvolvimento urbano (PRATES, 2012). Os consórcios intermunicipais de saúde são as experiências mais bem-sucedidas e com maior número de estudos (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). Além disso, observando não apenas os estudos, mas também a realidade, o Perfil dos Municípios

Brasileiros (2011) – IBGE (2012) apresenta que dos 2.903 municípios consorciados no Brasil, 2.288 estão associados em consórcios intermunicipais de saúde.

O processo de descentralização da política de saúde no Brasil, assim como diversas outras políticas, fez com que os municípios participassem e realizassem cada vez mais atividades voltadas para a provisão de serviços de saúde (AMARAL; BLATT, 2011; ROCHA, 2016; TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003). Diante desta nova realidade, muitos municípios se encontravam em situações difíceis, pois não tinham recursos humanos e financeiros necessários, apresentavam dificuldade de acesso e uso de tecnologias e, ainda, não possuíam estrutura física adequada.

Lima (2000) também expõe tais dificuldades, acrescentando a distância para o atendimento à saúde, já que municípios pequenos não possuem atendimento adequado em termos locais. Neves e Ribeiro (2006) apresentaram ainda que 95% dos municípios que faziam parte dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, em 2006, possuíam menos de 50 mil habitantes. Segundo os autores, isso reforça a importância dos consórcios públicos como estratégia utilizada pelos municípios pequenos.

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

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

No ano de 1994, um dos diretores da FCM-MG, que estivera antes envolvido na criação dos dois primeiros CIS mineiros, foi nomeado para o cargo de Secretário de Estado de

Saúde de Minas Gerais. Assim sendo, esse novo secretário introduziu o tema da associação intermunicipal na área de saúde no âmbito estadual, iniciando em 1995 uma política estadual de estímulo à consorciação entre os municípios mineiros. Com todo esse incentivo, rapidamente muitos consórcios começaram a surgir, chegando a serem criados 65 Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais apenas entre os anos de 1995 e 1998 (DINIZ FILHO, 2014).

Segundo a Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais, os CIS mineiros possuem, dentre outras, uma importante função: a colaboração com a gestão do SUS, já que gerenciam serviços assistenciais, especialmente consultas e exames de média complexidade ambulatorial.

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

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

De acordo Teixeira et al. (2003), a viabilidade de parcerias a longo prazo depende da confiança gerada e adquirida pelos representantes dos municípios, ou seja, depende do que os autores chamam de “confiança mútua”. De acordo com Battistella et al. (2008) a confiança pode ser analisada a partir de três dimensões: a) a confiança como cálculo; b) a confiança baseada na cognição; c) a confiança baseada em normas.

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

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

se é verdade que os consórcios públicos poderão apoiar a execução cooperada de políticas com conteúdos de transversalidade, é importante reconhecer que eles não

serão capazes de resolver todos os conflitos e pendências decorrentes do desenho ainda inconcluso da Federação brasileira (CUNHA, 2004, p. 30)

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

A seguir, apresenta-se uma breve discussão sobre as desigualdades regionais, que podem também estimular a cooperação intermunicipal e ainda, ser reflexo da heterogeneidade dos consórcios, caso se confirme.

2.4 Desigualdades Regionais

Conforme observado na literatura (AZZONI; FERREIRA, 1998; FERREIRA; FILHO, HORRIDGE, 2006; SACHS, 2004) a economia brasileira é marcada por elevados indicadores de desigualdade se comparada ao contexto internacional. Neto (1997) destaca que a desigualdade brasileira se justifica pelas variadas estruturas produtivas, relações de trabalho, condições de vida e acesso a bens e serviços. Além disso, conforme apresenta Barro (1996), entre 1965 e 1990, os países que mais se desenvolveram em termos per capita, foram aqueles que apresentaram escolaridade mais elevada e ainda, mais alta expectativa de vida.

Para este estudo, a desigualdade regional é entendida como semelhante ao que Araújo e Flores (2017, p. 159) chamaram como “capacidade desigual de as regiões em um dado arranjo político proverem recursos de subsistência aos seus cidadãos”. Assim, a desigualdade regional seria também entendida como disparidades inter-regionais (COSTA et al., 2012).

Conforme apresentam Diniz, Santos e Crocco (2004), as políticas públicas devem ser criadas para melhorar a qualidade de vida da população e, consequentemente, diminuir as desigualdades regionais. Assim, em áreas menos favorecidas ou mais desiguais, deveria haver um modo de aumentar o investimento em capital físico e também em capital humano. Além disso, conforme apresentam Viana et al. (2003), apesar de nem todas as políticas públicas estarem voltadas para a redução da desigualdade regional, estão sempre voltadas para os setores que deveriam proporcionar o bem-estar social, como, por exemplo: saúde, educação, previdência e habitação.

Ainda se tratando de políticas públicas, Sachs (2004) apresenta que deve-se atentar não só à correta execução de políticas públicas, mas também ao planejamento das mesmas, visando conhecer as características territoriais sobre os quais as mesmas irão atuar. Dessa forma, deve-se ainda se pensar em planejamentos locais, tomando por base municípios e microrregiões para que as mesmas conheçam suas limitações e auxiliem em uma forma de melhorar a realidade.

3. METODOLOGIA

3.1 Classificação da pesquisa

A pesquisa classifica-se como sendo descritiva e de natureza quantitativa (GODOY, 1995; HAIR et al., 2009). Descritiva por visar conhecer os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais a partir dos municípios que os compõem.

Justifica-se como quantitativa, pois irá utilizar da quantificação dos dados para verificar a homogeneidade/heterogeneidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, sendo utilizada uma Análise de Cluster para tanto.

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas e para duas finalidades, quais sejam: contextualizar a região estudada (Minas Gerais) e os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais e verificar semelhanças e dissemelhanças entre os CIS-MG.

Para contextualizar a região e os CIS-MG, os meios de investigação utilizados foram pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. De acordo com o levantamento feito por Raupp e Beuren (2003), a pesquisa bibliográfica compreende um estudo feito a partir de fontes já publicadas, sendo possível analisar as contribuições do passado sobre determinado problema. Já a pesquisa documental consiste na busca de dados que ainda não receberam um tratamento analítico, mas que podem constituir em fontes de consulta importantes, pois podem reunir informações dispersas e dar novo sentido às mesmas quando estiverem juntas.

As fontes de dados utilizadas por este estudo, tanto para contextualizar Minas Gerais e o CIS-MG quanto para realização da Análise de Cluster, compreendem: a) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); b) Atlas do Desenvolvimento Humano (ATLAS), c)

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); d) documentos de outras entidades/autores já publicados (Perfil dos Municípios Brasileiros (2011) – IBGE (2012); Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (2007) – LIMA, SIMÕES e LIMA (2007); Diniz Filho (2014)).

3.3 Análise de Cluster

Conforme apresentado por Pestana e Gageiro (2008), a Análise de Cluster é uma técnica que possui por objetivo identificar variáveis ou dados homogêneos.

Hair et al. (2009) apresentam que os agrupamentos que são gerados pela Análise de Cluster devem possuir elevada homogeneidade interna e também elevada heterogeneidade externa. Dessa forma, os casos ou variáveis pertencentes em um agrupamento devem ser semelhantes entre si e dissemelhantes se comparados a outros agrupamentos.

As variáveis utilizadas para realizar a Análise de Cluster são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Variáveis utilizadas no estudo

X1	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de cada município consorciado
X2	Renda per capita (R\$)
X3	Índice de Gini
X4	Proporção de não pobres (indivíduos com renda domiciliar per capita superior a R\$ 140,00 mensais) (%)
X5	Taxa de alfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade (%)
X6	Escolaridade a nível fundamental da população adulta (%) - Percentual da população de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo.
X7	Escolaridade a nível médio da população adulta (%) - Percentual da população de 18 anos ou mais com ensino médio completo.
X8	Escolaridade a nível superior da população de 25 anos de idade ou mais (%) - Percentual da população de 25 anos ou mais com ensino superior completo.
X9	Expectativa de vida média da população de cada cidade em anos
X10	Percentual das transferências para saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município (%)
X11	Percentual das transferências da União para saúde no total de recursos transferidos para saúde no município (%)
X12	Percentual das transferências da União para saúde (SUS) no total de recursos transferidos da União para o município (%)
X13	Despesa total com saúde, em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município

Fonte: Elaboração própria

Conforme pôde ser observado, as variáveis utilizadas se remetem ao desenvolvimento dos municípios, renda, educação, e saúde. A escolha de tais variáveis se deu a partir de outros estudos (SZWARCWALD et al., 1999; BAGOLIN; PORTO JÚNIOR, 2003; FERRARO; KREIDLOW, 2004; SIMÃO; ORELLANO, 2015; SILVA; SILVA et al., 2015; CARDOSO; AREOSA, 2016) voltados para o desenvolvimento e para a desigualdade regional. Entendeu-

se que com a utilização de variáveis socioeconômicas fosse possível conhecer e caracterizar os municípios consorciados aos CIS-MG, além de ainda verificar a heterogeneidade/homogeneidade entre tais entidades. Além disso, conforme apresenta Mesquita (2014), em estudos que abordam heterogeneidade, variáveis socioeconômicas são frequentemente utilizadas.

Ainda com relação às variáveis, ressalta-se as mesmas foram coletadas tomando por base o ano de 2010, pois foi o ano do último Censo, e por ser a maior base de dados disponível.

Antes de realizar os procedimentos no programa IBM® SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), foi necessário verificar o comportamento de algumas variáveis se comparadas a outras, como por exemplo as variáveis “proporção de não pobres”, “taxa de alfabetismo” e “Índice de Gini”.

As variáveis apresentadas anteriormente foram invertidas da mesma forma. Como exemplo, apresenta-se a seguir a interpretação do Índice de Gini e a forma no qual o mesmo foi invertido.

Foi necessário inverter o Índice de Gini, já que sua interpretação compreende uma escala de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1, mais desigual em termos de renda domiciliar per capita é um município. Assim, como todas as outras variáveis a interpretação se resume em “quanto maior, melhor”, optou-se por inverter o índice para não ser perdida nenhuma variável. A inversão ocorreu da seguinte forma:

$$\text{Índice de Gini Inverso} = 1 - \text{Índice de Gini} \quad (1)^1$$

Em que: *Índice de Gini Inverso* representa a nova variável utilizada no estudo e *Índice de Gini* compreende a variável coletada no ATLAS.

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

$$CIS_i = \overline{\text{Variável}} \quad (2)$$

¹ Este procedimento também foi realizado por Oliveira (2015) e Dyson et al. (2001).

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

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

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

$$D_{AB} = \sum_{j=1}^p (X_{Aj} - X_{Bj})^2 \quad (3)$$

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

Os clusters foram gerados a partir das 13 variáveis já apresentadas no Quadro 2. Com relação ao número de agrupamentos, apesar de ser encontrado na literatura estudos como o de Ferreira et al. (2008), que afirmam não haver regra para se fazer tal escolha, optou-se por seguir o que foi apresentado por Pestana e Gageiro (2008), quando os mesmos afirmam que a escolha pelo número de clusters pode ser feita recorrendo-se à comparação dos coeficientes de determinação (R^2). Assim sendo, foi selecionado no SPSS um intervalo de 3 a 5 agrupamentos e, a partir de cada cluster criado, foram calculados os coeficientes de determinação de cada um dos mesmos. O cluster com maior coeficiente de determinação ($R^2 = 0,70$) foi o Cluster com 5 agrupamentos, e por isso, foi o selecionado.

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

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, os resultados da pesquisa foram apresentados em dois tópicos. No primeiro tópico foi feita uma apresentação da região de estudo e também foi descrita a forma

como são abordados os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais pelos documentos já listados na metodologia. Posteriormente, no segundo tópico, apresentou-se aspectos que explicitam a heterogeneidade e a homogeneidade dos CIS-MG.

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

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

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

Segundo o Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (2007) - LIMA, SIMÕES e LIMA (2007), elaborado pelo Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – COSECS, o estado analisado nesse estudo é o que apresenta o maior número de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil. Além disso, tomando por base os 77 consórcios aqui analisados, atualmente cerca de 98% dos municípios do estado de Minas Gerais pertencem a algum consórcio intermunicipal de saúde.

Os primeiros CIS criados em Minas Gerais foram o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio São Francisco (CISASF) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande (CISMARG). Além disso, em termos de municípios consorciados, de acordo com a Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência (CISSUL-SAMU) é o maior, e conta com 153 municípios consorciados. Já o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi (CINSC) é o menor, com apenas quatro municípios consorciados.

Além dos municípios mineiros, cabe destacar ainda que o município Comendador Levy Gasparian, pertencente ao Estado do Rio de Janeiro, faz parte da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES). De acordo com o site do

Consórcio, “o município fluminense entrou para a ACISPES no início de 2009 e é hoje o único representante do Estado do Rio de Janeiro no consórcio”.

4.2 Heterogeneidade e Homogeneidade dos CIS-MG

Considerando o objetivo deste estudo de identificar e descrever os consórcios que mais se assemelham e os que mais se diferem, a análise aqui apresentada consistiu em comparar os consórcios entre si a partir da média das variáveis calculadas, portanto, não se pretende observar as disparidades e semelhanças internas e inerentes a cada consórcio de forma individual.

Na Figura 1 tem-se a distribuição geográfica dos 5 clusters criados, separados pelas mesorregiões do Estado, e os respectivos municípios pertencentes aos CIS-MG.

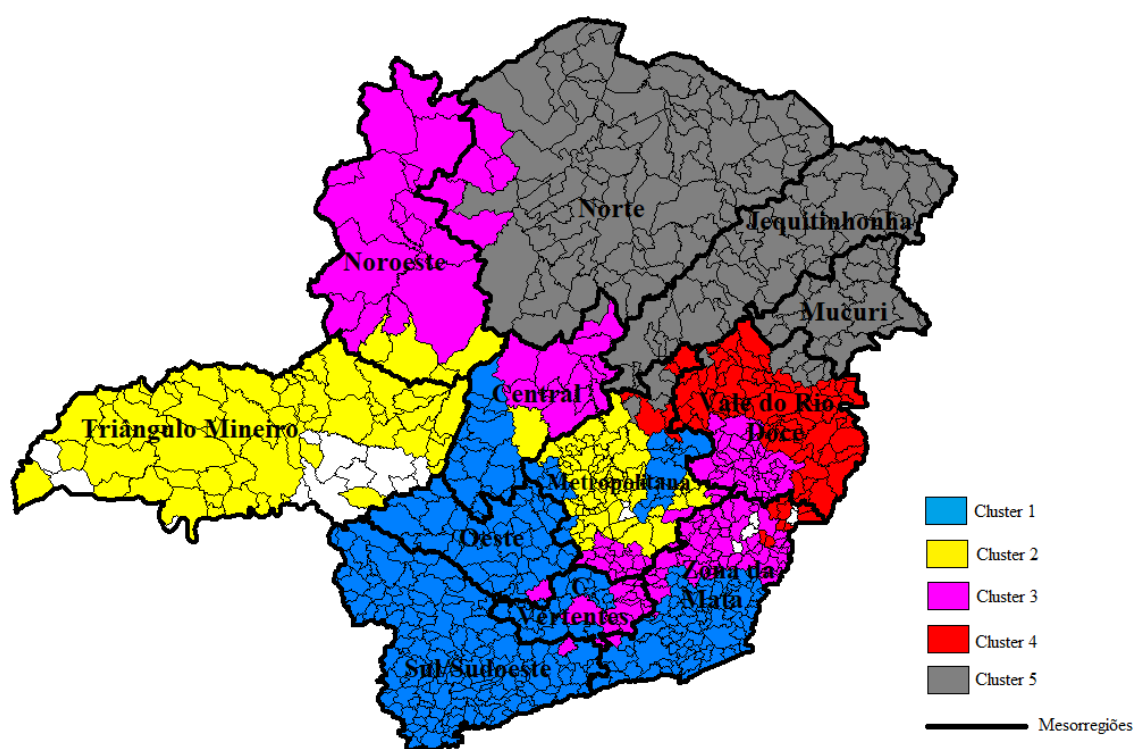


Figura 1: Mapa da distribuição espacial dos clusters.
Fonte: Elaboração própria

Para além da Figura 1, os apêndices deste estudo (APÊNDICE A, APÊNDICE B e APÊNDICE C) apresentam a relação dos municípios que participam dos CIS-MG, de acordo com o número de consórcios que participam (um consórcio, dois consórcios, três consórcios, quatro consórcios); os municípios pertencentes a mais de um Cluster; e, por fim, a relação da população e renda per capita de cada município de acordo com os Clusters criados, com o

objetivo de melhor caracterizar os municípios pertencentes aos CIS-MG, que são analisados neste estudo.

O Quadro 3 apresenta os clusters criados e os consórcios que compõem cada um deles.

Quadro 3: Clusters criados e suas composições

Clusters	Consórcios	% Consórcios
Cluster 1	ACISPES; CIESP; CINSC; CISAMESP; CISASF; CISCAXAMBÚ; CISCEL; CISCIRCUITODASÁGUAS; CISCOM; CISDESTE; CISLAGOS; CISLAP; CISLESTE; CISMARPA; CISMAS; CISPARÁ; CISSM; CISSUL-SAMU; CISUM; CISURGOESTE; CISVER; CISVI; SIMSAÚDE	29,8
Cluster 2	CIAS; CISALP; CISAMVAP; CISLAV; CISMARG; CISMEP; CISMEPI; CISMISEL; CISPARANAÍBA; CISPONTAL; CISREC; CISREUNO; CISSUL; CISTM; CISTRI; CISVALEGRAN	20,8
Cluster 3	CIDESLESTE; CISAJE; CISALV; CISAMAPI; CISAPVP; CISARVG; CISMESF; CISMEV; CISMIV; CISPORTAL; CISRUCENTROSUL; CISVALES; CISVERDE; CONSAÚDE; CONSONORTE; CONVALES	20,8
Cluster 4	CISCAPARAÓ; CISCEN; CISDOCE; CISLESTE – GV; CISVAS; CONSARDOCE; CONSURGE	9,1
Cluster 5	CIMBAJE; CISAMSF; CISARP; CISEVMJ; CISGRÃOMOGOL; CISMEJE; CISMEM; CISMIRECAR; CISMMA; CISNES; CISNORJE; CISNORTE; CISRUN; CISUNIÃOGERAL; IPER	19,5

Fonte: Dados da pesquisa

A partir das observações da Figura 1 e do Quadro 3, podem ser feitas as seguintes considerações:

- **Cluster 1:** compreende a maioria dos CIS-MG, com quase 30% dos mesmos. Além disso, quando observada a população atendida por este Cluster com relação ao total da população atendida pelos CIS-MG, ressalta-se que o mesmo é responsável pelo atendimento de quase 26% da população do Estado (população do cluster/população total).
Quanto à distribuição geográfica, percebeu-se que tais consórcios estão dispostos nas mesorregiões da Zona da Mata, Sul/Sudoeste de Minas, Campo das Vertentes, Oeste de Minas, Metropolitana e Central Mineira.
- **Cluster 2:** compreende 16 dos 77 CIS-MG analisados, o que corresponde a mais de 20% dos consórcios estudados. Com relação à população atendida, destaca-se que este Cluster é responsável por quase 42% da população do Estado. Além disso, os consórcios inseridos neste agrupamento atuam nas mesorregiões do Triângulo Mineiro, Noroeste de Minas, Central Mineira e Metropolitana.
- **Cluster 3:** possui a mesma quantidade e proporção de consórcios que o Cluster 2. No entanto, os CIS-MG deste agrupamento são responsáveis pelo atendimento de quase 15% da população de Minas Gerais. Quanto às mesorregiões no qual os CIS

se inserem, são: Vale do Rio Doce, Zona da Mata, Campo das Vertentes, Central Mineira, Metropolitana e Noroeste de Minas.

- **Cluster 4:** consiste no menor agrupamento criado, com apenas 9,09% do total de CIS em Minas Gerais, bem como possui CIS-MG responsáveis pelo atendimento de apenas 4% da população. Além disso, com relação às regiões onde tais consórcios se inserem, estas compreendem, em sua maioria, a mesorregião do Vale do Rio Doce, com 5 municípios na mesorregião Metropolitana e 5 na Zona da Mata.
- **Cluster 5:** compreende 15 dos 77 CIS-MG analisados, o que corresponde a quase de 20% da população mineira. Quanto à população atendida, os consórcios deste agrupamento atendem cerca de 13% da população. Além disso, observa-se que tais consórcios estão dispostos nas seguintes mesorregiões Norte de Minas, Jequitinhonha e Vale do Mucuri.

Ainda com relação aos clusters criados e com o objetivo de compará-los de forma a verificar as semelhanças e dissemelhanças, optou-se por expor uma tabela apresentando os valores mínimo, máximo e médio de cada variável do estudo, separando os clusters criados, a Tabela 1.

Tabela 1: Valores mínimos, máximos e médios de cada cluster

	Cluster 1			Cluster 2			Cluster 3			Cluster 4			Cluster 5		
	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média
X1	0,663	0,706	0,690	0,684	0,714	0,702	0,634	0,674	0,652	0,606	0,644	0,628	0,594	0,635	0,611
X2	462,539	624,669	560,982	541,243	728,634	616,877	314,632	472,985	413,599	328,224	433,370	378,538	264,065	389,384	306,187
X3	0,492	0,588	0,549	0,491	0,552	0,527	0,501	0,545	0,525	0,492	0,523	0,505	0,448	0,521	0,497
X4	81,847	95,156	89,852	86,575	94,472	91,109	69,732	82,349	77,959	67,365	78,344	73,691	56,078	75,964	65,281
X5	82,760	91,145	88,020	84,143	91,455	88,429	74,044	88,361	81,488	72,627	79,950	76,410	64,653	80,451	69,662
X6	35,304	42,780	39,798	37,412	49,366	43,151	32,986	40,879	35,974	28,825	32,136	31,113	26,466	35,634	31,699
X7	22,223	27,768	24,857	23,653	32,289	27,127	17,843	24,805	22,152	17,496	19,099	18,257	14,499	21,142	18,677
X8	5,443	7,319	6,389	5,619	7,976	6,683	3,880	6,113	5,073	3,932	5,203	4,285	3,389	5,590	4,284
X9	74,327	76,114	75,315	74,128	76,262	75,383	72,820	74,524	73,751	72,530	73,808	73,294	72,097	72,935	72,553
X10	5,098	10,590	7,721	5,270	11,442	7,827	7,348	12,867	10,054	7,058	9,388	8,307	10,029	14,772	12,167
X11	66,355	89,985	80,237	81,760	98,337	87,841	72,458	88,252	82,372	85,056	92,542	87,869	83,421	91,431	87,122
X12	7,289	15,809	10,888	9,226	17,550	13,773	11,705	16,940	14,024	9,860	14,075	11,513	13,929	20,880	17,194
X13	322,923	668,296	443,380	341,170	587,081	446,096	348,396	481,497	405,272	323,179	384,943	348,185	281,487	398,300	341,698

Fonte: Dados da pesquisa

O **Cluster 1**, conforme pôde ser observado na Tabela 1, apresenta o melhor indicador médio da variável X3 (Índice de Gini) e os piores valores médios das variáveis X10 (percentual das transferências para a saúde no total de recursos transferidos para o município), X11 (percentual das transferências da União para saúde no total de recursos transferidos para saúde no município) e X12 (percentual das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos da União para o município). Assim, pode-se afirmar que os consórcios pertencentes ao Cluster 1 são formados por municípios que apresentam maior distribuição de renda e que recebem a menor quantidade de recursos da União e de outros entes federativos destinados à saúde.

Ressalta-se ainda que algumas das médias das variáveis observadas no Cluster 1 são as que mais se aproximam do Cluster 2, sendo este aspecto melhor analisado posteriormente.

O **Cluster 2** é aquele que mais se destaca, por apresentar os melhores indicadores médios relativos às variáveis X1 (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM), X2 (renda per capita), X4 (proporção de não pobres), X5 (taxa de alfabetismo), X6 (escolaridade a nível fundamental), X7 (escolaridade a nível médio), X8 (escolaridade a nível superior), X9 (expectativa de vida) e X13 (despesa total com saúde, em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município). Assim, pode-se afirmar que este agrupamento é formado por CIS-MG mais desenvolvidos, de maior posse de renda e também por municípios que apresentam a melhor escolaridade, em todos os níveis, se comparado aos demais.

Ao considerar as mesorregiões do Estado de Minas Gerais, pode-se explicar os melhores indicadores presentes no Cluster 2, tendo em vista que este agrupamento está localizado nas mesorregiões do Noroeste de Minas, Triângulo Mineiro, Central Mineira e Metropolitana. Sendo as três últimas destacadas por alguns estudos (COSTA et al., 2012; GALVARRO et al., 2007) como as mesorregiões mais desenvolvidas do Estado. Além disso, destaca-se ainda o Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde (CIAS) que é o único consórcio que possui como associada a capital mineira, Belo Horizonte, que por si só, já apresenta bons indicadores se comparada a outros municípios mineiros.

O **Cluster 3** apresenta valores intermediários para todas as variáveis, quando comparados seus valores aos apresentados pelos demais agrupamentos. Isso pode ser explicado também pela sua localização, tendo em vista que este é o agrupamento que mais se dispersa, possuindo consórcios cujos municípios estão presentes nas mesorregiões da Zona da Mata, Campo das Vertentes, Central Mineira, Metropolitana e Noroeste de Minas.

Tomando por base alguns estudos (COSTA et al., 2012; CARNEIRO; MATOS, 2008; CASTRO; ALENCAR; SOARES, 2012) é possível dizer, principalmente com relação à Zona da Mata, que a mesorregião em questão é considerada estagnada, sendo considerada também um território heterogêneo e que, por isso, não apresenta os melhores indicadores do Estado.

O **Cluster 4** apresenta os melhores valores médios relativos à variável X11 (percentual das transferências da União para saúde no total de recursos transferidos para saúde no município) e os piores valores médios relativos às variáveis X6 (escolaridade a nível fundamental) e X7 (escolaridade a nível médio). Ainda com relação à escolaridade, tal agrupamento apresenta valores bem próximos ao Cluster 5, que possui o pior valor médio relativo à variável X8 (escolaridade a nível superior). Assim, é possível afirmar que este cluster se distancia do Cluster 2, que apresenta os melhores valores relativos à escolaridade e se aproxima do Cluster 5, que apresenta os melhores valores relativos às transferências da União para a saúde.

O **Cluster 5**, assim como o Cluster 4, apresenta os melhores valores médios relativos aos repasses da União e de outros entes federativos destinados à saúde dos municípios, ou seja, possui os melhores valores médios nas variáveis X10 (percentual das transferências para a saúde no total de recursos transferidos para o município) e X12 (percentual das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos da União para o município). Por outro lado, apresenta os piores valores médios em variáveis relacionadas ao desenvolvimento (X1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM), renda (X2 – renda per capita; X3 – Índice de Gini; X4 – proporção de não pobres), escolaridade (X5 – taxa de alfabetismo; X8 – escolaridade a nível superior) e algumas relativas à saúde (X9 – expectativa de vida; X13 – despesa total com saúde, em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município).

Assim, é possível dizer que o Cluster 5, embora apresentasse uma melhora perante à algumas variáveis relativas à saúde, como é o caso das variáveis X10 e X12, tais variáveis se referem ao repasse de outros entes para os municípios, ou seja, não são variáveis que refletem boas condições de saúde. No caso dessas variáveis, como é o caso da variável X9, que apresenta a expectativa de vida, isso não ocorre. Dessa forma, pode-se dizer que apesar de haver um maior repasse de recursos destinados à saúde pela União e de outros entes para os municípios consorciados pertencentes ao Cluster 5, tal repasse não é suficiente para que tais municípios se igualem aos indicadores dos demais municípios do estado. Alguns estudos relacionados à transferência de recursos (CALLADO, 2008; MASSARDI; ABRANTES,

2016) também indicam o que aqui foi afirmado. O estudo Callado (2008), por exemplo, ao estudar a distribuição de renda inter-regional e interpessoal no nordeste brasileiro, conclui que o repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) não tem quase nenhuma influência na melhoria no diferencial de renda dos municípios nordestinos.

Ainda com relação ao Cluster 5, um dos fatores que pode ajudar a explicar a situação apresentada é o fato de que, conforme foi observado na Figura 1, o Cluster 5 compreende as regiões mais precárias do estado: Norte de Minas, Jequitinhonha e Vale do Mucuri (GALVARRO et al., 2007). Da mesma forma, destaca-se também o Cluster 4, que inclui municípios pertencentes à mesorregião do Vale do Rio Doce.

Com o intuito de comparar os agrupamentos criados e ainda, apresentar o comportamento dos mesmos frente às variáveis do estudo, é apresentada a Figura 2. O comportamento dos agrupamentos em tal figura é observado a partir de dois eixos relativos às variáveis, sendo eles: desenvolvimento/escolaridade, escolaridade/renda, renda/saúde e saúde/desenvolvimento

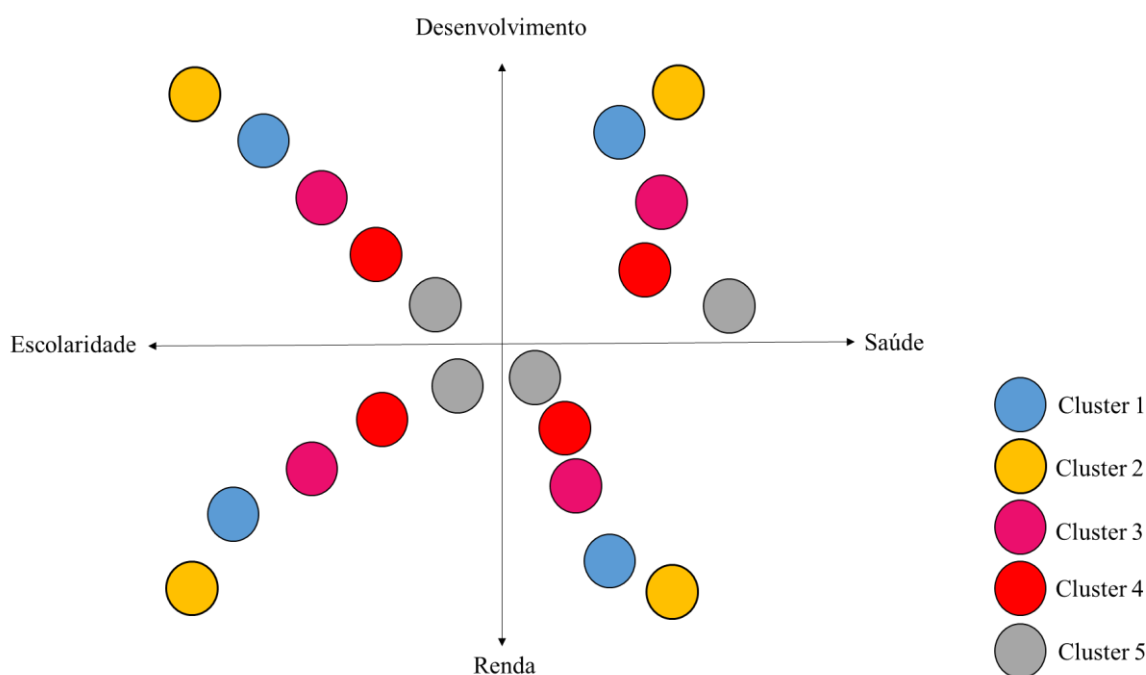


Figura 2: Dispersão dos clusters a partir das variáveis analisadas
Fonte: elaboração própria

Conforme observado na Figura 2, em variáveis relacionadas ao desenvolvimento/escolaridade, escolaridade/renda e renda/saúde, existe comportamento semelhante dos Clusters criados, ou seja, o Cluster 2 é aquele que apresenta os melhores

indicadores, precedido pelo Cluster 1, Cluster 3, Cluster 4 e Cluster 5. Com relação às variáveis relacionadas à saúde/desenvolvimento, o comportamento dos Clusters é diferente, pois não há um alinhamento dos agrupamentos. Além disso, o Cluster 5, por exemplo, diferentemente dos outros eixos, se destaca um pouco mais, por apresentar algumas variáveis melhores que os demais agrupamentos em variáveis relacionadas à saúde. Por outro lado, este mesmo cluster apresenta variáveis com valores inferiores aos demais agrupamentos no que se refere ao desenvolvimento e, por isso, se posiciona abaixo dos demais.

O Cluster 1, conforme já destacado, obteve variáveis que se comportaram de forma semelhante ao Cluster 2, se observadas todas as variáveis do estudo, e isso pode também ser explicado pela localização do mesmo, já que em ambos agrupamentos são encontrados municípios que estão presentes na mesma mesorregião, como é o caso da mesorregião Central Mineira e Metropolitana. Além disso, a mesorregião que compreende o Cluster 1 engloba municípios como Divinópolis e Poços de Caldas, que são municípios maiores em termos populacionais e que apresentam indicadores municipais relevantes se comparados à maioria dos municípios mineiros.

Com relação à presença de municípios maiores, em termos populacionais, atuando junto a municípios menores, a literatura aponta que isso pode ser benéfico para ambas as partes. Conforme apresentou o estudo de Teixeira et al. (2003) em municípios pequenos, oferecer serviços especializados pode ser dispendioso e não convergente com a demanda da população. Por outro lado, os municípios maiores, que muitas vezes possuem infraestrutura, podem reduzir a capacidade ociosa dos serviços especializados ao oferecê-los aos municípios menores por meio de parceria. Os autores citaram como exemplo o estudo de Gontijo et al. (1994), que na época mencionou que o município de Penápolis possuía 253 dos 286 leitos disponíveis.

O Cluster 2 apresentou os melhores indicadores em quase todas as variáveis, exceto aquelas relacionadas aos repasse da União e de outros entes federados para a saúde, sendo o Cluster 5 o agrupamento possuidor das melhores médias dessas variáveis. Além disso, ainda comparando os Clusters 1, 2 e 5, é possível dizer que nas despesas municipais com a saúde (X13) o Cluster 5, se emparelhado junto aos demais apresenta indicadores baixos (os municípios pertencentes aos Clusters 1 e 2, por exemplo, investem um valor médio de R\$ 100,00 a mais, por pessoa). Assim, além da questão do repasse de recursos já destacada (Cluster 5 recebe mais repasses se comparado aos demais Clusters), apresenta-se ainda a

questão do investimento, pois municípios que recebem maiores recursos da União e de outros entes federados não investem da mesma forma que os demais.

Com relação ao investimento, conforme apresenta Diniz, Santos e Crocco (2004) em áreas menos favorecidas ou mais desiguais, deveria haver um modo de aumentar o investimento em capital físico e também em capital humano. E, conforme, foi apresentado, não é o que ocorre no Cluster 5.

O Cluster 3, conforme já destacado, não possui nenhuma variável no qual obtivesse destaque frente aos demais agrupamentos. Isso explica seu posicionamento na Figura 2, já que suas variáveis possuem valores que ficam entre o Cluster 1 e o Cluster 4. Conforme já foi destacado também, isso pode ser explicado pela sua localização (possui municípios dispersos e situados em regiões consideradas estagnadas – Zona da Mata).

O Cluster 4 se aproxima do Cluster 5, tanto em termos de localização quanto quando comparadas suas variáveis. Dessa forma, conforme já destacado, apresenta valores relativos às variáveis do estudo que se diferem daquelas observadas pelos Clusters 1 e 2.

Por meio do que aqui foi discutido, é possível dizer que os CIS-MG constituem estruturas heterogêneas quando comparados entre si, sendo a desigualdade regional entendida como disparidades inter-regionais (COSTA et al., 2012), um condicionante para tanto.

Com relação aos consórcios, é possível dizer ainda que os municípios de pequeno porte podem encontrar condições favoráveis para desenvolver suas atividades quando inseridos em consórcios, tendo em vista que a maioria (79%) dos municípios mineiros possuem menos de 20.000 habitantes (APÊNDICE C). Além disso, conforme já destacado por alguns estudos (AMARAL; BLATT, 2011; GALINDO; CORDEIRO et al., 2014) e de acordo com o que foi observado na região do Estado de Minas Gerais, os consórcios na área da saúde podem ser vistos como alternativas para sanar déficits do processo de regionalização, tendo em vista que as desigualdades no acesso/utilização dos serviços de saúde também possuem uma face loco-regional.

Assim, pode-se dizer, em consonância com o estudo de Cunha (2004), que os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são instrumentos de cooperação e alternativas para que os municípios consigam oferecer serviços relacionados à saúde. No entanto, as políticas a serem implementadas e ações em busca do desenvolvimento regional, embora se relacionem aos consórcios, não os remetem. Mas sim, correspondem a práticas que ultrapassam os níveis de atuação dos mesmos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Os resultados mostraram que os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são heterogêneos se comparados uns aos outros. A distribuição dos CIS nos agrupamentos formados neste estudo indicaram que consórcios cujos municípios estavam localizados em regiões mais desenvolvidas do Estado (Central Mineira, Triângulo Mineiro, Metropolitana) apresentaram os melhores valores para as variáveis analisadas, cujos temas se relacionavam ao desenvolvimento, escolaridade, renda e saúde, enquanto os consórcios cujos municípios associados se localizavam em regiões consideradas menos desenvolvidas (Jequitinhonha, Norte de Minas e Vale do Mucuri) apresentaram os piores valores para as variáveis analisadas.

Ainda com relação às variáveis, foi possível observar comportamento semelhante em quase todos os temas, exceto em variáveis relacionadas à saúde, já que o Cluster 5, que apresentou as piores médias na maioria dos indicadores analisados, apresentou uma melhora em variáveis relativas à repasse de recursos para a saúde da União e de outros entes federados. No entanto, apesar dessa melhora, foi possível inferir também que apesar de possuir as melhores médias em variáveis relacionadas à repasse, tais recursos não são suficientes para que os CIS pertencentes ao Cluster 5 se equiparem aos Clusters com as melhores médias em variáveis que refletem boas condições de saúde, como é o caso do Cluster 1 e do Cluster 2 que apresentaram as melhores médias para a expectativa de vida, por exemplo.

Os investimentos em saúde também puderam ser destacados, já que os municípios pertencentes aos CIS do Cluster 1 e do Cluster 2 investem um valor superior a R\$ 100,00 por pessoa a mais que o Cluster 5. Dessa forma, destacou-se também neste estudo não só a questão dos repasses, mas também dos investimentos.

Para além das dissemelhanças, foram encontradas também semelhanças entre os Clusters 1 e 2, que apresentaram as melhores médias na maioria das variáveis. Por outro lado, quanto às piores médias, foi verificada semelhanças entre os Clusters 4 e 5. O Cluster 3, por sua vez, não obteve destaque em nenhuma variável, sendo também refletida sua localização,

já que foi o único Cluster disperso em termos geográficos no Estado de Minas Gerais e ainda, se localizou em regiões consideradas pela literatura como estagnadas, como é o caso da Zona da Mata.

Com relação aos consórcios, foi possível ainda dizer que os mesmos podem encontrar condições favoráveis para desenvolver suas atividades quando inseridos em consórcios, tendo em vista que a contextualização dos CIS-MG, bem como a contextualização do Estado de Minas Gerais indicaram que os municípios mineiros são em sua maioria pequenos em termos populacionais (79% possuíam em 2010 até 20.000 habitantes).

Assim, por meio deste estudo, pretendeu-se então contribuir para as pesquisas que correspondem às formas de cooperação no âmbito público, em especial nos consórcios públicos, por apresentar variáveis que condicionam estruturas homogêneas ou heterogêneas de gestão cooperativa. Além disso, reforçou-se ainda a importância de arranjos cooperados para se atingir objetivos coletivos.

Para os gestores públicos o estudo contribuiu a medida que apresentou a importância de estruturas públicas de cooperação, como alternativa para diminuir as dificuldades encontradas na gestão pública. Além disso, o estudo também chamou atenção para os repasses e os investimentos municipais.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

ABRUCIO, F. L.; SANO, H.; SYDOW, C. T. **Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas**. v. 9, n. 2, p. 189-208, 2008.

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

ARAÚJO, V.; FLORES, P. Redistribuição de renda, pobreza e desigualdade territorial no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 25, n. 63, 2017.

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

AZZONI, C. R.; FERREIRA, D. A. Competitividad regional y reconcentración industrial: el futuro de las desigualdades regionales en Brasil. **EURE (Santiago)**, v. 24, n. 73, p. 81-111, 1998.

BAGOLIN, I. P.; PORTO JÚNIOR, S. S. A desigualdade da distribuição da educação e crescimento no Brasil: índice de Gini e anos de escolaridade. **Texto para discussão**, n.º 9. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

BATTISTELLA, L. F.; ERDMANN, R. H.; WITTMANN, M. L. A experiência vivida pelo ser-gestor no desenvolvimento regional em um consórcio de pequenos municípios. **Revista de Administração da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 263-274, 2008.

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

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

BARRO, R. J. **Determinants of economic growth: a cross-country empirical study**. National Bureau of Economic Research, 1996.

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

_____. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em 17 mai. 2017.

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

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

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

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

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

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

CALLADO, M. Federalismo Fiscal: os efeitos dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM) na distribuição de renda inter-regional e interpessoal no nordeste brasileiro. In Seminário Internacional “Trajetórias de Desenvolvimento Local e Regional: uma comparação entre as Regiões do Nordeste Brasileiro e a Baixa Califórnia, México”, Fortaleza, 2008. **Anais...** Fortaleza, 2008.

CARDOSO, C. C; AREOSA, S. C. População idosa economicamente ativa no Vale do Rio Pardo: reflexões para o desenvolvimento regional. **Desenvolvimento Regional em debate**, v. 6, n. 3, p. 216-234, 2016.

CARNEIRO, P. A. S; MATOS, R. E. S. A Heterogeneidade Interna Da Mata: Do Pioneirismo Estadual A Estagnação Intra-Regional. In: **Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

CARVALHO, D. M. Associação E Desenvolvimento Local: Um Estudo De Caso Na Associação Dos Produtores De Leite De Águas Belas/Pe. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 12, n. 6, p. 663-690, 2006.

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

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

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

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5–36, 2004

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

DINIZ, C. C; SANTOS, F; CROCCO, M. **Diretrizes para formulação de políticas de desenvolvimento regional e de ordenação do território brasileiro**, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, CEDEPLAR-UFMG, Belo Horizonte, 2004.

DYSON, R. G; ALLEN, R; CAMANHO, A. S; PODINOVSKI, V. V; SARRICO, C. S; SHALE, E. A. Pitfalls and protocols DEA. **European Journal of Operational Research**, v. 132, n. 2, p. 245-259, jul. 2001

FERRARO, A. R; KREIDLOW, D. Analfabetismo no Brasil: configuração e gênese das desigualdades regionais. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 2, p. 179-200, 2004.

FERREIRA FILHO, J. B. S; HORRIDGE, M. J. Economic integration, poverty and regional inequality in Brazil. **Revista Brasileira de Economia**, v. 60, n. 4, p. 363-387, 2006.

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

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

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

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

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

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

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

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

KLINK, J. Novas governanças para as áreas metropolitanas. O panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro. **Cadernos Metrópole**. v. 11, n. 22, p. 415–433, 2009.

LACZYNSKI, P; TEIXEIRA, M. A. C. Os limites de um consórcio intermunicipal em condições assimétricas de poder: o caso do CINPRA no Maranhão. **Cadernos Adenauer XII**, n. 4, p. 141–160, 2011.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema  nico de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 985–996, 2000.

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

MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695–720, 2014.

MASSARDI, W. O; ABRANTES, L. A. Dependência dos municípios de Minas Gerais em relação ao FPM. **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade**, v. 1, n. 6, p. 173–187, 2016.

MATOS, F; DIAS, R. Cooperação intermunicipal na bacia do rio Para peba. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1225–1250, 2012.

MESQUITA, K. H. C. **Heterogeneidade individual e o processo de valoração dos estados de saúde**. Tese de Doutorado em Economia – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2014.

NETO, L. G. Desigualdades E Políticas Regionais No Brasil: Caminhos E Descaminhos. In: **Planejamento E Políticas Públicas**, IPEA, n. 15, 1997.

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

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

OLIVEIRA, B. G. **Eficiência da gestão pública em promover desenvolvimento local de regiões produtoras de sucroenergia: uma proposta utilizando análise envoltória de dados**. Dissertação do Mestrado em Administração – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2015.

PEREIRA, G. A. **Consórcio público intermunicipal: um estudo das características dos municípios participantes**. 2014. Disponível em: <<http://media.ocpf.org.br/2014/11/consorcio-publico-intermunicipal-um-estudo-das-gressisson-pereira.pdf>>. Acesso em: jul. 2017

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

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

RAUPP, F. M; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**, v. 3, p. 76-97, 2003.

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

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **PPP - Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, p. 173–220, 2000.

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

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

SACHS, I. **Desenvolvimento incluyente, sustentável, sustentado**. Editora Garamond, 2004.

SZWARCWALD, C. L; BASTOS, F. I; ESTEVES, M. A. P; ANDRADE, C. L. T; PAEZ, M. S; MEDICI, E. V; DERRICO, M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 15-28, 1999.

SILVA, M. C; SILVA, J. D. G; BORGES, E. F; SOUZA, F. J. V. Ranking de Desempenho de Municípios: Elaboração de um Único Índice a Partir do IDHM, IFDM e IRFS. **Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 8, n. 1, p. 62-78, 2015.

SIMÃO, J. B; ORELLANO, V. I F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015.

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

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

VIANA, A. L, A; FAUSTO, M. C. R; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

ARTIGO 2

OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS SOB A PERSPECTIVA DA *ACCOUNTABILITY* E DA TEORIA DA AGÊNCIA NO SETOR PÚBLICO

Resumo

O objetivo deste artigo foi analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público. Para a execução da proposta, foi realizada uma Análise de Conteúdo dos Protocolos de Intenção de tais entidades, a partir de categorias de análise criadas (relação de agência, informação transparente, controle e sanção). Os resultados indicaram que nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são encontradas manifestações de *Accountability* e Teoria da Agência, sendo observados elementos das teorias analisadas nas estruturas e no funcionamento de tais entidades. Ressaltou-se, no entanto, alguns elementos ainda incipientes em tais estruturas (*accountability* política, *enforcement*, *accountability* política) e que poderiam fortalecê-las caso estivessem presentes. O estudo apresentou contribuições para a literatura na medida em que buscou-se avançar com relação aos estudos já existentes, incorporando elementos como os problemas de agência, cooperação e conflitos na discussão sobre os consórcios públicos.

Palavras-chave: *Accountability*, Teoria da Agência, Consórcios Intermunicipais de Saúde

Abstract

The purpose of this article was to analyze the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais from the perspective of Accountability and the Agency Theory applied to the public sector. For the execution of the proposal, a Content Analysis of the Protocols of Intent of such entities was performed, based on categories of analysis created (agency relationship, transparent information, control and sanction). The results indicated that in the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais there are manifestations of Accountability and Agency Theory, being observed elements of the theories analyzed in the structures and the functioning of such entities. However, some elements still incipient in such structures (political accountability, enforcement, political accountability) and that could strengthen them if they were present were highlighted. The study presented contributions to the literature in that it sought to advance in relation to existing studies, incorporating elements such as problems of agency, cooperation and conflicts in the discussion about public consortia.

Key words: Accountability, Agency Theory, Intermunicipal Health Consortia

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem ocorrido “a abertura do processo de política pública para um conjunto de múltiplos interesses, organizações e agentes públicos” (DENHARDT, 2012, p. 269). Tal abertura, faz com que o governo já não atue de forma isolada, mas sim “suplantado por redes muitas vezes um tanto complexas de governança formadas por uma pluralidade de atores, cada qual trazendo os próprios interesses especiais, recursos e arsenal de expertise” (p. 270).

Diante desta nova realidade, os mecanismos tradicionais da administração pública já não se aplicam às novas formas organizacionais, em especial às redes. Ou ainda,

o modelo hierárquico de governo persiste, mas sua influência está desaparecendo lentamente, empurrada pelo apetite do governo em resolver problemas cada vez mais complexos e puxada por novas ferramentas que permitem aos inovadores moldar respostas criativas (GOLDSMITH; EGGERS, 2011, p. 22).

Além dos aspectos relacionados à contemporaneidade da gestão, cabe destacar a dificuldade encontrada pelos governos a partir da Constituição Federal de 1988, que passou a reconhecer os municípios como entes federativos e lhes conferiu maior autonomia. Tais dificuldades consistem principalmente em desigualdades no acesso a recursos e na utilização de serviços básicos. Com relação aos serviços relacionados à saúde, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgem como “uma alternativa de organização regional e cooperação federativa para a melhoria dos processos de gestão e de organização dos serviços” (GALINDO et al., 2014, p. 1547).

Conforme argumentam Amaral e Blatt (2011), os municípios encontraram nos CIS condições favoráveis de sobrevivência. Assim, conseguem, de forma conjunta “sanar déficits do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades, em diagnose e terapia” (p. 800).

Conforme apresentam Gerick e Pessali (2014), as ações e programas realizados pelos consórcios intermunicipais de saúde devem se pautar na concordância da maioria dos consorciados sobre a necessidade de haver coletividade nas decisões. Acontece, no entanto, que podem haver conflitos e divergências que acabam por atrapalhar a cooperação. Tais divergências podem estar relacionadas a quais serviços e ações devem ser prioritários, qual a melhor forma de gestão para aplicar e como devem ser distribuídos os encargos e as contribuições dentre os membros. Além disso, ainda que haja benefícios em se fazer parte

de um consórcio, existem situações em que os municípios desejam não mais cooperar (TEIXEIRA, MAC DOWELL; BUGARIN, 2003).

Ainda que Linhares (2011) apresente que existem mecanismos que visam gerar maior confiança entre os entes consorciados, como por exemplo a obrigatoriedade do Protocolo de Intenções, que é firmado entre todos os entes federados e a substituição de tal protocolo por um Contrato de Consórcio Público, entende-se corroborando com alguns autores (PETTERS; MURILO, 2005; CAVALCANTI; LUCA, 2013) que mecanismos de Governança Corporativa, podem ser utilizados com o intuito de promover a convergência de interesses, para que a gestão de entidades públicas seja monitorada e ainda, para que haja uma redução de elementos do sistema hierárquico. Além disso, vista também como um dos valores centrais da Governança Corporativa, a *Accountability* pode auxiliar na preservação da democracia e ainda, no auxílio ao controle e responsabilização de agentes que exercem o poder em detrimento da delegação de outros (CAMPOS, 1990; PINHO; SACRAMENTO, 2009).

A Governança Corporativa será observada neste estudo a partir das relações de agência, que são entendidas por Jensen e Mickling (1976) e Broadbent, Dietrich e Laughlin (1996) como um acordo em que o agente principal contrata outra pessoa (o gestor) para desempenhar algum serviço em nome do agente principal. Dessa forma, o gestor passa então a obter o poder para a tomada de decisão. Ressalta-se que há semelhança dessas relações na estrutura dos consórcios públicos, pois a Assembleia Geral, formada por um representante de cada ente consorciado, elege por meio de voto um Presidente e Vice-Presidente. Além disso, o Presidente eleito indica ainda um Secretário Executivo, que é o responsável pelas áreas contábil, financeira, orçamentária e operacional dos consórcios.

Com relação à *Accountability*, ainda que seja um termo de difícil tradução para o português (CAMPOS, 1990), pode ser entendida como “a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1348). No caso dos consórcios, entende-se que a *Accountability* pode ser usada para a análise de organizações públicas, visto que mecanismos e processos da mesma “podem afetar tanto a conduta dos governantes quanto as políticas públicas concebidas e implementadas por eles” (ARANTES et al., 2010, p. 119)

Ressalta-se ainda, conforme apresentam Machado e Andrade (2014), que na literatura, não são encontrados muitos estudos que se remetem às relações intergovernamentais, principalmente quando se fala de consórcios públicos, de problemas de agência, de cooperação e conflitos existentes. Com o objetivo de reduzir este hiato, este artigo possui a

seguinte questão de pesquisa: a *Accountability* e a Teoria da Agência aplicada ao setor público são utilizadas com o intuito de minimizar os conflitos de interesses e aumentar a responsabilização em Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais?

O objetivo geral do estudo consiste em analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público.

A justificativa por estudar os consórcios intermunicipais de saúde consiste na evidência de que são as experiências mais bem-sucedidas e com maior número de estudos (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013).

Além desta introdução, o artigo está dividido em outras quatro seções. A primeira compreende o referencial teórico, que apresenta a literatura encontrada sobre a estruturação dos consórcios públicos e as formas contratuais dos mesmos. Além disso, apresentam-se também bases teóricas relativas à Teoria da Agência e *Accountability*. Posteriormente, será apresentada a metodologia, contendo a caracterização da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e os instrumentos de análise de dados. A terceira seção compreende a discussão e análise dos resultados e por fim, serão apresentadas as contribuições deste estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão apresentadas a estruturação dos consórcios públicos e as formas contratuais dos mesmos. Além disso, discute-se também sobre a Teoria da Agência e a *Accountability*, que serão utilizadas para analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

2.1 Consórcios Públicos

2.1.1 Estrutura Organizacional

Por estrutura organizacional entende-se como são organizados os consórcios públicos, ou seja, como são desenvolvidas suas atividades, como são organizadas as funções, quais são os órgãos tomadores de decisão, quem realiza o controle interno e externo. Nesse sentido, foram pesquisadas leis, normas e estudos que continham tais informações, no entanto não foram encontradas muitas referências que apresentassem tal estrutura, à exceção do Guia dos

Consórcios Públicos (BATISTA, 2011),² que continha as informações buscadas. Os estudos encontrados na literatura apresentavam a estrutura organizacional de consórcios individuais, como é o caso do estudo de Xavier et al. (2013), que teve por objetivo analisar o desenvolvimento regional de alguns municípios do Rio Grande do Sul a partir do Consórcio de Desenvolvimento Sustentável da Quarta Colônia (Condesus).

De acordo Batista (2011), a estrutura organizacional dos consórcios públicos é, em sua maioria, formada por: a) Assembleia Geral; b) Conselho de Prefeitos; c) Presidência e Vice-presidência; d) Comitê de Planejamento; e) Conselho Fiscal; f) Conselho Técnico Regional; g) Secretaria Executiva. Além disso, os Conselhos de Prefeitos também podem possuir em sua estrutura organizacional alguns Órgãos Consultivos, como por exemplo: a) Conselho Técnico Regional ou Câmara Técnica; b) Ouvidoria; Órgãos de Apoio Técnico (Procuradoria Jurídica, Diretorias Técnicas).

A Assembleia Geral dá origem e constitui a instância máxima dos consórcios públicos. Além disso, é formada por chefes do Poder Executivo dos entes da federação consorciados (BRASIL, 2005).

O Conselho de Prefeitos é formado pelos chefes do Poder Executivo dos entes da federação consorciados. Tal Conselho, juntamente com o Conselho Fiscal, possui o objetivo de realizar o controle interno do consórcio (BATISTA, 2011).

O Presidente e também o Vice-Presidente são eleitos pela Assembleia Geral por meio do voto. O primeiro possui diversas atribuições, como por exemplo: a) convocação da Assembleia Geral e as reuniões do Comitê Executivo; b) possui o voto de qualidade na Assembleia Geral; c) dá posse os membros do Conselho Fiscal; d) indica à Assembleia Geral o nome do Secretário Executivo para aprovação e nomeação; e) cumpre e faz cumprir o Estatuto do Consórcio (BATISTA, 2011).

O Comitê de Planejamento é formado por representantes indicados pelos chefes do Poder Executivo dos entes consorciados. O objetivo de tal órgão consiste no apoio à presidência para a realização do planejamento das ações a serem desenvolvidas (BATISTA, 2011).

² Por limitação de fontes disponíveis na literatura, focou-se em um estudo.

As bases acessadas para consulta foram *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL) e Google Acadêmico utilizando-se as seguintes palavras-chave “estrutura dos consórcios públicos”, “estrutura organizacional consórcio”, “organograma consórcio”, “estrutura consórcio”, “assembleia geral consórcio”. Com relação às duas primeiras bases de pesquisa (SCIELO e SPELL), as expressões já apresentadas foram buscadas nos títulos, palavras-chave e resumos dos trabalhos.

O Conselho Fiscal possui por objetivo: a) a fiscalização permanente da contabilidade do consórcio; b) o acompanhamento e fiscalização das operações econômicas e financeiras do consórcio; c) o controle da gestão e da finalidade do consórcio; d) a emissão de pareceres sobre o plano de atividades, orçamento e relatórios de contas para serem submetidos à Assembleia Geral pelo Dirigente Executivo (BATISTA, 2011).

O Conselho Técnico Regional é presidido pelo Secretário Executivo e composto pelos seguintes órgãos: a) Dirigentes Municipais de Unidades Técnicas dos Municípios Consorciados; b) Secretário Executivo do Consórcio; c) Diretorias Técnicas Regionais de Governos Estaduais; d) outros Dirigentes Regionais; e) Dirigentes Regionais de Órgãos Técnicos do Governo Federal. Com relação aos objetivos do Conselho, Batista (2011) os apresenta da seguinte forma:

constituir-se em fórum permanente de diálogo entre os setores técnicos de atuação do Consórcio Público nos municípios e na região; analisar dados e estudos elaborados sobre o tema em que atua; propor ações que melhorem os padrões de prestação de serviços na região de atuação do Consórcio; promover a integração dos serviços formando redes estruturadas na área em que atua, entre outras estabelecidas pela Assembleia Geral (BATISTA, 2011, p. 112).

A Secretaria Executiva, conforme o Guia dos Consórcios Públicos, é responsável pelas áreas contábil, financeira, orçamentária e operacional dos consórcios. Além disso, conforme já apresentado, o Secretário é indicado pelo Presidente e aprovado na Assembleia Geral. Suas ações:

devem atender rigorosamente ao estabelecido no artigo 37 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios da administração pública, as normas gerais do Direito Financeiro Público, estabelecidas na Lei Federal no. 4.320/64, da Lei de Responsabilidade Fiscal, da Lei Complementar 101/2000, das regras de licitações estabelecidas pela 8.666/93 (BATISTA, 2011, p. 113).

A Ouvidoria, por sua vez, consiste em um canal de comunicação entre os consórcios e os usuários dos mesmos. É a partir daí que serão realizadas as melhorias dos serviços prestados, pois consiste no meio em que a comunidade participa do processo de gestão. As funções da ouvidoria são: a) receber sugestões, críticas, elogios e reclamações dos usuários do consórcio; b) organizar as demandas dos usuários e repassá-las aos órgãos internos (BATISTA, 2011).

Os Órgãos Executivos e de Apoio Técnico, compreendem: Secretaria Executiva, Procuradoria Jurídica, Assessoria de Planejamento, Diretorias Administrativa, Financeira, Contábil e Pessoal, e Diretorias Técnicas Executivas (BATISTA, 2011).

Ainda conforme o referido autor, cabe destacar que o controle interno nos consórcios é feito pelos seguintes órgãos: Conselho de Prefeitos, Conselho Fiscal e Órgãos Legislativos (Câmara de Vereadores, Assembleias Estaduais, Congresso Nacional). Já o controle externo, é realizado por Tribunais de Contas e pelo Ministério Público. E ainda, os controles sociais são realizados pelas estruturas de participação da sociedade, como por exemplo, por meio da Ouvidoria e de Audiências Públicas Periódicas.

Por estrutura organizacional dos consórcios públicos foi compreendido o que consta na Figura 1.

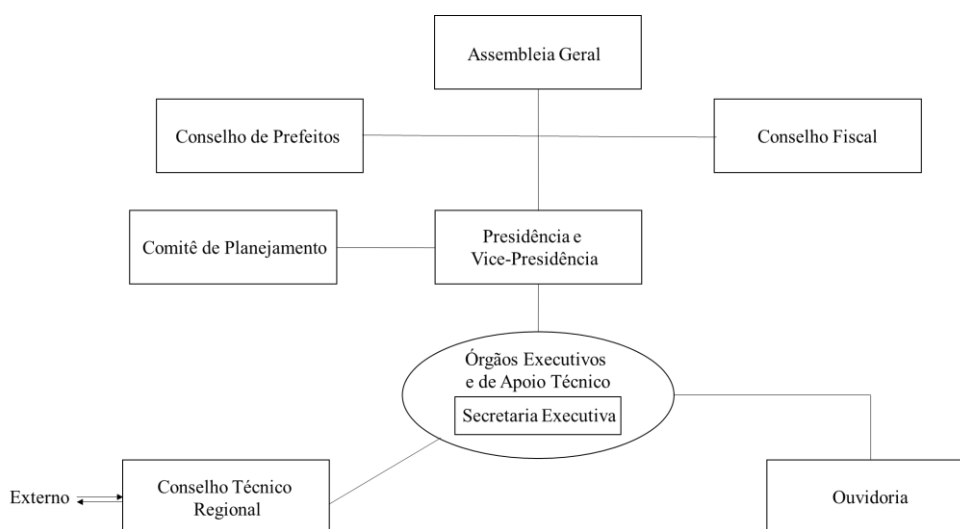


Figura 1: Estrutura organizacional dos Consórcios Públicos
Fonte: Elaboração própria.

O Conselho Técnico Regional (Figura 1), por conter agentes externos aos consórcios e também se relacionar com outros atores, possui ainda outras ligações não relativas ao consórcio em si.

2.1.2 Formas Contratuais

Conforme apresenta Teixeira (2008) três importantes fases contratuais podem ser identificados na formação dos consórcios públicos, que são: a) o Protocolo de Intenções; b) o Contrato de Rateio; c) o Contrato de Programa.

O Protocolo de Intenções constitui o primeiro contrato firmado entre os entes federativos. Conforme argumenta Teixeira (2008, p. 153), “o protocolo de intenções é o

instrumento preliminar por meio do qual União, Estados, Distrito Federal e Municípios manifestam sua vontade em participar de um consórcio público”.

Conforme estabelece a Lei dos Consórcios Públicos – Lei Nº 11.107, de 6 de Abril de 2005 –, em seu Artigo 4º, existem algumas cláusulas que devem estar contidas no protocolo de intenções. Tais cláusulas devem estabelecer:

I – a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio; II – a identificação dos entes da Federação consorciados; III – a indicação da área de atuação do consórcio; IV – a previsão de que o consórcio público é associação pública ou pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos; V – os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo; VI – as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público; VII – a previsão de que a assembleia geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações; VIII – a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado; IX – o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados públicos, bem como os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público; X – as condições para que o consórcio público celebre contrato de gestão ou termo de parceria; XI – a autorização para a gestão associada de serviços públicos, explicitando: a) as competências cujo exercício se transferiu ao consórcio público; b) os serviços públicos objeto da gestão associada e a área em que serão prestados; c) a autorização para licitar ou outorgar concessão, permissão ou autorização da prestação dos serviços; d) as condições a que deve obedecer o contrato de programa, no caso de a gestão associada envolver também a prestação de serviços por órgão ou entidade de um dos entes da Federação consorciados; e) os critérios técnicos para cálculo do valor das tarifas e de outros preços públicos, bem como para seu reajuste ou revisão; e XII – o direito de qualquer dos contratantes, quando adimplente com suas obrigações, de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de consórcio público (BRASIL, 2005).

Além dos aspectos já mencionados, o parágrafo segundo (§ 2º) do mesmo artigo diz que o protocolo de intenções deve definir ainda o número de votos que cada ente consorciado possui na Assembleia Geral, devendo ser assegurado, no mínimo, um voto para cada representante do Poder Executivo dos municípios consorciados (BRASIL, 2005).

Ressalta-se ainda que o Protocolo de Intenções deve ser retificado e publicado na imprensa oficial (BRASIL, 2005). No entanto, não é a partir da publicação do Protocolo de

Intenções que o consórcio se institui, mas, como já afirmado, o mesmo representa o documento mais importante para a constituição de um consórcio (RIBEIRO, 2007).

Conforme apresenta a Ribeiro (2007), a ratificação do Protocolo de Intenções é efetuada por meio de lei, onde cada Legislativo aprova o documento referente aos municípios no qual fazem parte. Além disso, o Protocolo de Intenções, depois de ratificado, muda de nome, passando a ser chamado de Contrato de Consórcio Público.

Após o consórcio possuir o Contrato, o mesmo é constituído. Assim, é realizada uma assembleia geral e os membros de cada município consorciado verificam a ratificação do Protocolo, juntamente com o Contrato. Feita a conferência, os membros passam a decidir sobre o Estatuto e o Regimento Interno, que devem obedecer tudo o que foi firmado no Contrato de Consórcio Público. Além disso, durante a primeira Assembleia Geral, costuma-se realizar também a primeira eleição para se definir o primeiro Presidente do consórcio (RIBEIRO, 2007).

O Contrato de Rateio pode ser entendido como “o instrumento jurídico-orçamentário, por meio do qual os entes consorciados destinarão recursos financeiros para os consórcios” (TEIXEIRA, 2008, p. 156). Conforme apresenta a Lei dos Consórcios Públicos – Lei Nº 11.107, de 6 de Abril de 2005 –, em seu Artigo 8º, “os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio” (BRASIL, 2005, Art. 8º). Além disso, ainda no mesmo Artigo, mas no § 2º, “é vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio para o atendimento de despesas genéricas, inclusive transferências ou operações de crédito” (BRASIL, 2005).

Para que seja feito o controle dos recursos financeiros entregues pelos entes consorciados aos consórcios, a Lei dos Consórcios Públicos também em seus artigos 8º e 9º, estabelece que:

§ 4º Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

§ 5º Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio (BRASIL, 2005).

Art. 9º A execução das receitas e despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas.

Parágrafo único. O consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo representante legal do consórcio, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos de rateio.

Ainda de acordo com a referida lei, em seu artigo 8º, § 1º:

O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos (BRASIL, 2005).

O Contrato de Programa, de acordo com a Lei dos Consórcios Públicos – Lei Nº 11.107, de 6 de Abril de 2005 –, em seu Artigo 13º, consiste em um instrumento por meio do qual serão previstas:

obrigações que um ente da Federação constituir para com outro ente da Federação ou para com consórcio público no âmbito de gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 2005).

Além disso, ainda de acordo com a referida Lei, em seu Artigo 13º, parágrafo primeiro (§ 1º), o Contrato de Programa deverá:

I – atender à legislação de concessões e permissões de serviços públicos e, especialmente no que se refere ao cálculo de tarifas e de outros preços públicos, à de regulação dos serviços a serem prestados; e II – prever procedimentos que garantam a transparência da gestão econômica e financeira de cada serviço em relação a cada um de seus titulares (BRASIL, 2005).

Cabe ressaltar, ainda de acordo com o Artigo 13º, parágrafo quarto (§ 4º), que mesmo que o consórcio público seja extinto, o contrato de programa continua vigente. Garantindo, dessa forma a segurança do prestador de serviço.

Ainda que existam as formas contratuais apresentadas, Teixeira et al. (2003) e Gerick e Pessali (2014) afirmam que os municípios consorciados podem decidir não mais cooperar ao longo do tempo. Tais decisões podem ser relativas aos seguintes aspectos: a) definição dos serviços que são prioritários; b) decisão sobre qual forma de gestão para aplicar; c) decisão de como distribuir encargos e contribuições. Além disso, viabilidade de parcerias a longo prazo depende da confiança gerada e adquirida pelos representantes dos municípios, ou seja, depende da “confiança mútua” (TEIXEIRA; MAC DOWELL; BUGARIN, 2003).

Apesar da importância da confiança e da ação cooperada, Cunha (2004) apresenta que os consórcios públicos “não serão capazes de resolver todos os conflitos e pendências decorrentes do desenho ainda inconcluso da Federação brasileira (CUNHA, 2004, p. 30)

2.2 Teoria da Agência

Antes de tratar especificamente da Teoria da Agência ou dos problemas de agência, é necessário apresentar o conceito de Governança Corporativa. Conforme apresenta Barrett (2002), não existe um único conceito capaz de definir a Governança Corporativa, no entanto, a mesma pode ser entendida como a forma no qual uma organização é administrada, incluindo sua cultura, política, estratégias e a maneira como lida com as partes nela interessadas. Além disso, conforme apresenta Carvalho (2002), a Governança corporativa pode ser entendida como os princípios que governam o processo decisório no interior de uma organização, com o objetivo de minimizar os chamados problemas de agência.

Conforme apresenta Hart (1995) a Governança Corporativa se faz presente nas organizações sempre que atender a duas premissas: 1ª) existe um problema de agência ou um conflito de interesses envolvendo duas ou mais partes da organização; 2ª) os problemas de agência não podem ser solucionados apenas por meio de contrato.

Os problemas de agência são consequência da crescente dispersão da propriedade de ações de grandes companhias e também da separação entre a propriedade e a gestão das grandes empresas. Além disso, tais conflitos advêm das relações de agência, que são entendidas por Jensen e Mickling (1976) e Broadbent, Dietrich e Laughlin (1996) como um acordo em que o agente principal contrata outra pessoa (o gestor) para desempenhar algum serviço em nome do agente principal. Dessa forma, o gestor passa então a obter o poder para a tomada de decisão.

Conforme apresentado por Akdere e Azevedo (2006) citado por Slomski et al. (2008), os contratos, firmados entre o agente principal e o gestor, não atendem premissas nos quais deveriam atender, já que tanto o principal quanto o agente possuem interesses próprios que, ao longo da relação, poderão se opor. Além disso, pode haver oportunismo de uma das partes em detrimento da outra. Portanto, as ocorrências são: a) os contratos não estabelecem todas as condições para conciliar os interesses das partes envolvidas; b) as partes envolvidas provêm de comportamentos que interrompem os princípios da relação. Sendo assim, os chamados conflitos de agência são associados a dois axiomas fundamentais, que são: a) a inexistência de um contrato completo e b) a inexistência de um agente perfeito.

Adicionalmente, Broadbent, Dietrich e Laughlin (1996) e Attila (2012) apresentam que os conflitos de agência que provém da relação entre o principal e o gestor podem também ser caracterizados pela assimetria de informações existente entre eles, já que o gestor, por ser designado para exercer a direção de uma organização pode obter maior volume de informações que o agente principal. Além disso, a assimetria pode ser classificada em dois tipos: a) informações ocultas; b) ações ocultas.

Para além conflitos entre principal e agente, são encontrados na literatura estudos (CERDA, 2000; ANDRADE; ROSSETTI, 2007) que tratam também de conflitos entre agentes majoritários e minoritários. Conforme argumentam Andrade e Rossetti (2007), neste caso não são os proprietários que buscam proteção contra o oportunismo de gestores, mas sim os acionistas minoritários, que não se enxergam, em termos de direitos na organização, de maneira semelhante dos acionistas majoritários.

Ainda que a Governança Corporativa seja um termo mais comumente ligado às entidades privadas, existe também um entendimento de que os governos e as instituições públicas utilizem de tal prática (GONÇALVES, 2005; ANDRADE HORA; OLIVEIRA; FORTE, 2014). De acordo com Peters e Murillo (2005), a governança como alternativa para o setor público representa uma tentativa, por meio da sociedade e dos envolvidos, de reduzir elementos do sistema hierárquico.

Andrade e Rosetti (2007) argumentam que paralelamente à Governança Corporativa no âmbito privado, foram observados, principalmente a partir dos anos 90, esforços que transpusessem os princípios e as metodologias da mesma para o âmbito público. Tais transposições envolvem, de acordo com os autores, questões relacionadas aos problemas de agência e aos mecanismos de controle. Pode-se dizer também que no Brasil, a partir dos anos 90, ocorre o processo de transposição de conceitos da administração de negócios para a

administração pública, conhecida como Nova Gestão Pública (NGP) (SLOMSKI et al., 2008; PEREIRA, 2002).

Conforme argumentam Fontes Filho e Picolin (2008), a consolidação de boas práticas de Governança Corporativa pode auxiliar na ampliação da capacidade de ação dos gestores, bem como com a devida avaliação do desempenho de tal gestão. Sendo assim, no caso das entidades públicas, o resultado dessa boa gestão não compreende a atração de investidores, mas sim na melhoria da eficiência e da eficácia na produção de bens e serviços públicos. Além disso, entende-se que uma boa governança no setor público não deve ser pautada apenas na implementação dos princípios da Governança Corporativa, mas também na construção de práticas conjuntas, bem como aspectos ligados ao compromisso e confiança dos gestores públicos (ARMSTRONG; JIA; TOTIKIDIS, 2005).

2.3 *Accountability*

Ainda que alguns autores (SCACCABAROZZI, 2011; BARAC, 2001; ANDRADE; ROSSETI, 2007; ARMSTRONG; JIA; TOTIKIDIS, 2005) apresentem a *accountability* como um dos valores e/ou princípios da Governança Corporativa, parte-se do pressuposto, neste estudo, de sua aplicação no âmbito público. Assim, as formas de *accountability* consistem em “processos de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos que permitam ao cidadão controlar o exercício do poder concedido aos seus representantes” (ROCHA, 2011, p. 84)

No sentido de ampliar a definição anteriormente apresentada, foram encontrados na literatura alguns estudos que tentaram traduzir a *accountability* para o português (CAMPOS, 1990; PINHO; SACRAMENTO, 2009), principalmente a partir da Constituição de 1988, em que há a retomada da discussão da democracia na administração pública brasileira. Campos (1990) se baseia em estudos realizados por Frederick Mosher, que aponta a *accountability* enquanto relacionada à responsabilidade de uma pessoa em decorrência de outra. Tal responsabilidade é sujeita a penalidades, caso não haja cumprimento de diretrizes ou ainda, comportamento irresponsável. Pinho e Sacramento (2009), quase vinte anos depois, retomam o estudo de Campos (1990) e apresentam a *accountability* como:

a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria uma pena para o não cumprimento dessa diretiva (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1348).

Ainda que os conceitos anteriormente apresentados derivem de um entendimento próximo do que concerne a *accountability*, ressalta-se que o conceito ainda não foi totalmente traduzido para o português, e ainda, que o mesmo é passível de mudanças em seu entendimento, por se tratar de “um significado em caráter progressivo e inesgotável” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1354).

Para além da definição da *accountability*, foi observado na literatura que existem diferentes nomenclaturas e abordagens no que concerne ao termo, as principais são: *accountability* democrática; *accountability* política; *accountability* vertical, horizontal e social (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004; CARNEIRO, 2004; PERUZOTTI; SMULOVITZ, 2002; O’ DONNELL, 1998).

A *accountability* democrática é apresentada por alguns estudos (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004; ARANTES; LOUREIRO; COUTO; TEIXEIRA, 2010) a partir de três formas: a) processo eleitoral; b) controle institucional durante o mandato; c) regras estatais intertemporais.

O processo eleitoral, por si só, não é suficiente para que a *accountability* aconteça (CAMPOS, 1990; ARANTES; LOUREIRO; COUTO; TEIXEIRA, 2010), para tanto, é preciso que outras formas de controle sejam realizadas, principalmente quando o representante já estiver eleito (controle institucional durante o mandato). Conforme argumentam Arantes et al. (2010, p. 109):

espera-se que nas democracias a conduta dos agentes públicos e os resultados de suas políticas sejam passíveis de verificação e sanção permanentes. Assim, políticos eleitos, dirigentes indicados para a alta administração e burocratas de carreira e funcionários em geral devem estar sujeitos a mecanismos de verificação e controle de suas ações.

Enquanto formas de controle institucional durante o mandato, Abrucio e Loureiro (2004) apresentam que as mesmas podem ser exercidas por meio dos seguintes controles: Controle Parlamentar, Controle Judicial, Controle Administrativo-Procedimental, Controle do Desempenho dos Programas Governamentais e Controle Social.

Já a forma de controle exercida por meio de regras estatais intertemporais se baseia no que estabelece a Constituição Federal vigente, ou seja, na segurança contratual individual e coletiva, na limitação legal do poder dos administradores públicos, no acesso prioritário aos

cargos administrativos por concursos ou equivalentes, nos mecanismos de restrição orçamentária e na defesa de direitos intergeracionais (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004).

A *accountability* política, de acordo com Peruzzotti e Smulovitz (2002, p. 5), consiste na “capacidade dos eleitores de fazer com que as políticas governamentais respondam ou se adequem às suas preferências”. Assim, tal conceito está relacionado à representação democrática. Além disso: “um governo é politicamente responsável (*accountable*) se os cidadãos possuem meios para castigar as administrações irresponsáveis ou se opor às políticas que não correspondem às preferências do eleitorado”.

De acordo com O'Donnell (1998), a *accountability* possui duas classificações, a saber: a) *accountability* vertical e b) *accountability* horizontal. A primeira se relaciona ao exercício do controle por meio do voto, assim, os representados escolhem seus representantes para exercer o controle. A segunda, por sua vez, se refere à fiscalização mútua entre os agentes ou ainda, por meio de agências externas, como por exemplo o Tribunal de Contas e o Ministério Público.

Carneiro (2004), baseando-se no estudo de Peruzzotti e Smulovitz (2000), apresenta que a *accountability* social constitui em um mecanismo de controle não eleitoral. Assim, faz uso de ferramentas institucionais e não institucionais com base em ações de que envolvam os cidadãos, movimentos ou mídias. Além disso, esta forma de *accountability* “se apoia em acionar os setores organizados da sociedade civil e os meios interessados e com capacidades para exercer influência sobre o sistema político e as formas de burocracia públicas” (PERUZZOTTI; SMULOVITZ, 2002, p. 10).

De acordo com Ackerman (2005), por muitas vezes, quando se fala em *accountability* social, pensa-se mais em penalização do que em recompensa. A tendência é que a mobilização social seja entendida como forma de revolta e protesto, porém, este tipo de *accountability* pode ser igualmente eficaz na construção de parcerias entre os cidadãos e o Estado.

Schedler (1999), ainda distingue a *accountability* a partir de duas concepções, que são: a) *answerability* e b) *enforcement*. A primeira concepção se volta para questões relativas à informação e justificação e dizem respeito ao fato de que os ocupantes de cargos públicos devem informar, explicar e responder pelos atos por eles praticados. A segunda concepção se relaciona à punição, ou seja, às sanções realizadas quando os ocupantes dos cargos públicos violarem seus deveres e a lei.

Para este estudo, utilizar-se á do termo *accountability* em sentido amplo, entendendo-se que a mesma envolve “responsabilidade (objetiva e subjetiva), controle, transparência, obrigação de prestação de contas, justificativas para as ações que foram ou deixaram de ser empreendidas, premiações e/ou castigo” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1364).

Essas reflexões e argumentações motivaram buscar utilizá-las para compreender a manifestação da *Accountability* e a Teoria da Agência aplicada ao setor público nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

3. METODOLOGIA

Esta seção descreve os procedimentos metodológicos do estudo. A mesma está assim estruturada: classificação da pesquisa, instrumentos de coleta e de análise dos dados.

3.1 Classificação da pesquisa

Quanto à natureza, a pesquisa se classifica como qualitativa. De acordo com Godoy (1995), a pesquisa qualitativa compreende um fenômeno que pode ser melhor entendido no contexto em que ocorre, devendo ser analisado numa perspectiva integrada.

Quanto aos fins/objetivos, a pesquisa se classifica como descritiva (VERGARA, 2005), pois visa analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizou-se da pesquisa documental. De acordo com o levantamento feito por Raupp e Beuren (2003), a pesquisa documental consiste na busca de dados que ainda não receberam um tratamento analítico, mas que podem constituir em fontes de consulta importantes, por possibilitar reunir informações dispersas e dar novo sentido às mesmas quando estiverem juntas.

Os documentos aqui utilizados são emitidos pelos consórcios: os Protocolos de Intenções. Tais documentos se encontravam, na maioria das vezes, presentes nas websites dos consórcios e, ainda, foram solicitados por meio de contato realizado junto aos mesmos, via telefone e/ou e-mail.

Foram coletados 34 Protocolos de Intenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. Ressalta-se que, conforme foi verificado por meio do contato realizado, dos 77 consórcios estudados, 6 não possuem protocolo vigente, como é o caso dos seguintes consórcios: CISAJE; CISCAXAMBÚ; CISMIRECAR; CISRUN; IPER. Assim, dos 71 consórcios que restaram, a amostra deste estudo, ou seja, os 34 Protocolos de Intenção, correspondem a quase 50% da população.

Com relação aos motivos de não serem encontrados os Protocolos de Intenção dos 6 CIS anteriormente apresentados, o que foi respondido é que: a) o consórcio está se adequando às leis; b) o consórcio está em transição (Direito Privado para Direito Público).

3.3 Instrumentos de análise dos dados

Para a realização da análise e interpretação dos dados obtidos utilizou-se da Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas com o propósito de obter por procedimentos sistemáticos e objetivos, o conteúdo das mensagens e indicadores (sejam quantitativos ou não).

Para melhor organização e compreensão dos dados, os mesmos foram estruturados em categorias seguindo o critério da grade mista. Ou seja, foram criadas prévias categorias de análise, mas com a possibilidade de serem incorporadas novas dimensões no decorrer do estudo. Para tal organização, foi utilizado o *software QSR Nvivo*. As categorias de análise, a descrição de cada uma delas e as subcategorias de análise são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Categorias de análise

Categorias de análise	Descrição	Subcategorias
Relação de Agência	Corresponde à delegação de responsabilidade transferida por parte dos consorciados a um representante ou quando esse representante delega outra pessoa para desempenhar algum serviço em nome dele.	- Relação Assembleia-Presidente; - Relação Presidente-Secretário.
Informação Transparente	Corresponde à divulgação de informações de maneira transparente, justificando as decisões e prestando conta dos atos de forma confiável e inteligível.	- Informações internas; - Informações externas.
Participação	Corresponde à participação dos consorciados no processo de deliberação dos consórcios. Além disso, foi buscado entender também de que forma é feita a interação e a integração dos associados nas atividades e ações de saúde a serem desenvolvidas por tais entidades.	- Participação; - Interação.
Controle	Corresponde aos mecanismos de controle institucionalizados que permitem a fiscalização das ações e da função do representante por parte dos consorciados.	- Órgãos de controle; - Mecanismos de controle.
Sanção	Corresponde às consequências das condutas dos agentes representativos e dos consorciados.	- Positivas; - Negativas.

Fonte: Elaboração própria com base em Martins (2015).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados decorrentes das análises dos Protocolos de Intenção dos CIS-MG. Com o intuito de melhor organizar e compreender as análises que aqui serão realizadas, optou-se por dividir as mesmas a partir das categorias de análise, já apresentadas na seção metodológica.

4.1 Relação de Agência

Pela categoria Relação de Agência, entende-se como a delegação de responsabilidade transferida por parte dos consorciados a um representante, ou ainda, quando esse representante delega outra pessoa desempenhar algum serviço em nome dele. Com relação aos dados, essa categoria foi referenciada 146 (cento e quarenta e seis) vezes nos protocolos de intenções analisados e os consórcios CIDESLESTE, CISMIV, CISVALEGRAN, CISRUCENTROSUL, CISMISEL, CISARVG e CISVER são os que mais se destacaram, com 11 (onze), 10 (dez) e 8 (oito) referências respectivamente.

As relações de agência encontradas nos consórcios se dividem em duas subcategorias: a) relação Assembleia – Presidente; b) relação Presidente – Secretário.

A relação Assembleia – Presidente ocorre quando os municípios consorciados, representados pelo Chefe do Poder Executivo na Assembleia Geral, escolhem por meio de voto o Presidente que irá dirigir o consórcio por dois anos subsequentes. Nesta eleição, na maioria dos consórcios analisados, cada membro representante dos municípios consorciados tem direito a um voto e ainda, para que o presidente seja eleito, são necessários no mínimo quórum de 3/5 (três quintos) dos votantes.

As atividades que competem ao presidente dos consórcios são apresentadas no recorte (R1):

- I - Representar o CONSÓRCIO ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente;
- II - Convocar e presidir as reuniões da Assembleia Geral; III - Nomear e exonerar servidor de cargo em comissão; IV - Autorizar despesas e pagamentos; V - Assinar juntamente com o Chefe do Departamento Financeiro cheques, ordens de pagamento, empenhos e outros documentos de natureza equivalente ou delegar competências para o Secretário Executivo fazê-lo; VI - Assinar a correspondência oficial; VII - Convocar a Assembleia Geral; VIII - Baixar portarias e ordens de serviço necessárias ao bom funcionamento do CONSÓRCIO; IX - Regulamentar o

contrato de consórcio e o estatuto do CONSÓRCIO através de instrução normativa; X - Contratar serviços técnicos de empresas ou profissionais liberais, para a execução de serviços e demandas emergenciais, consultoria e assessoramento especializado de caráter continuado ou para serviços; XI - Exercer a administração geral do Consórcio; XII - Cumprir e fazer cumprir este Contrato, o Estatuto e demais normas do Consórcio; XIII - Dirigir e coordenar todas as atividades do CONSÓRCIO; XIV - Celebrar acordo, convênio ou contrato, para a consecução dos fins do Consórcio, XV - Receber doação e subvenção; XVI - Adquirir bens, observadas as finalidades do CONSÓRCIO; XVII - Alienar e onerar bens imóveis, com autorização da Assembleia Geral; XVIII - Julgar recursos contra ato de chefe de departamento e do secretário executivo. (R1)

Conforme apresentado na atividade III do recorte (R1), o presidente do consórcio deve nomear e exonerar os servidores que possuem cargos em comissão. Tais cargos são apresentados no recorte (R2):

Ficam criados os cargos em comissão de Secretário Executivo, Procurador, Superintendente Administrativo e de Planejamento, Superintendente Financeiro e de Operações, Diretor de Desenvolvimento Econômico, Diretor de Desenvolvimento Social, Diretor de Infraestrutura, Diretor de Modernização Administrativa, e Controlador, cujas atribuições estão previstas neste Protocolo de Intenções, no Regimento Interno e nas deliberações da Assembleia Geral. (R2)

A relação Presidente – Secretário ocorre quando o Presidente indica o Secretário Geral do consórcio. Ressalta-se, porém, que esta indicação não acontece de forma aleatória e somente por vontade do presidente, tais informações são confirmadas no recorte (R3):

O Secretário Executivo será indicado pelo Presidente do CONSÓRCIO, mas sua nomeação é ato privativo do Conselho de Prefeitos, sendo requisitos para ocupação do cargo que a pessoa indicada seja portadora de conclusão de curso superior com experiência comprovada na área administrativa pública ou de saúde. (R3)

Além disso, para que haja a substituição do Secretário Geral, devem ser atendidos alguns critérios, tais como:

I - Indicação do nome proposto para ocupar a Secretaria Executiva, com justificativa verbal do Presidente eleito quanto a sua escolha; II - A indicação do novo Secretário Executivo deverá ser ratificada, em ato contínuo, pela Assembleia Geral mediante quórum qualificado de 2/3 dos Municípios consorciados, observado o disposto no §3º da cláusula 14ª; III - Caso haja recusa do indicado, deverá haver nova indicação por parte do Presidente eleito até que o novo nome seja aprovado. (R4)

Com relação às atividades dos secretários, estas são indicadas no recorte (R5):

I - Elaborar e executar o programa anual de atividades; II - Elaborar e apresentar ao conselho fiscal o relatório anual e o respectivo demonstrativo de resultados do exercício findo, até o dia 30 de janeiro do exercício subsequente; III - Elaborar o orçamento da receita e despesas para o exercício seguinte; IV - Elaborar os manuais de procedimentos e rotinas dos departamentos; V - Contratar e demitir funcionários; VI - Remeter à assembleia geral, anualmente, até o dia 1º de março as contas e balanços, bem como relatórios circunstanciados da atividade e da situação do consórcio do exercício findo; VII - Administrar o consórcio e zelar pelos seus bens e interesses, promovendo o seu crescimento; VIII - Cumprir e fazer cumprir as decisões suas, do Conselho Fiscal e da Assembleia Geral; IX - Dirigir, orientar e coordenar as atividades financeiras do consórcio; X - Supervisionar a arrecadação e contabilização das contribuições, rendas, auxílios, donativos e rateios efetuados ao consórcio; XI - Acompanhar e supervisionar os trabalhos de contabilidade do consórcio, cuidando para que todas as obrigações fiscais e trabalhistas sejam devidamente cumpridas em tempo hábil; XII - Apresentar relatórios de receitas e despesas ao presidente, sempre que solicitados; XIII - Apresentar o relatório financeiro para ser submetido ao conselho fiscal; XIV - Elaborar, com base no orçamento realizado no exercício, a proposta orçamentária para o exercício seguinte a ser submetida ao presidente, para posterior apreciação da assembleia geral; XV - Acompanhar a execução do orçamento anual e providenciar para que os recursos nela consignados sejam disponíveis nos prazos previstos em seu plano de aplicação; XVI - Coordenar as atividades de desenvolvimento institucional de forma a manter a estrutura funcional e organizacional ágil e flexível, capaz de atender ao caráter dinâmico das demandas dos entes consorciados; XVII - Conceber, aprimorar e aplicar novos modelos, sistemas e processos de gestão que compatibilizem as políticas e diretrizes do consórcio com as necessidades dos entes consorciados; XVIII - Coordenar a gestão orçamentária e financeira do consórcio; XIX - Acompanhar e controlar a execução de contratos, acordos, convênios e ajustes; XX - Recomendar alterações de projetos e especificações necessárias à captação de recursos; XXI - Acompanhar os relatórios de controle financeiro dos programas e projetos; XXII - Coordenar, orientar e acompanhar os contratos de programas; XXIII - Acompanhar a realização dos contratos de rateio; XXIV - Elaborar, planejar e sugerir programas e políticas a serem implementadas pelo consórcio; XXV - Coordenar, planejar e acompanhar a prestação de serviços públicos pelo consórcio ou concessionária; XXVI - Acompanhar a arrecadação de tarifas pela prestação de serviços públicos; XXVII - Coordenar, planejar e acompanhar a implantação de escola de governo e cursos de capacitação; XXVIII - Supervisionar, orientar e executar outras atividades relativas à administração de recursos humanos; XXIX -

Coordenar as atividades de serviços gerais, inclusive as de comunicação, arquivo, protocolo, telefonia, gráfica, conservação e limpeza; XXX - Realizar outras atividades correlatas. (R5)

Além das atividades descritas anteriormente, o Secretário Executivo ainda é responsável pelo preenchimento dos cargos comissionados e dos cargos de confiança. Logo, a indicação do Presidente para os cargos comissionados já apresentada no recorte (R1) vale apenas para o Secretário Executivo, sendo este o responsável por indicar os outros cargos.

Para esta categoria ainda foram observados outros cargos no consórcio, que diferentemente dos aqui já apresentados, consistem em cargos públicos admitidos via concurso público, tais como: farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, assistentes administrativos e outros.

Com relação aos dados referentes à categoria Relação de Agência, foi percebido que nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são encontrados casos que se assemelham à Teoria da Agência, principalmente a relação, descrita por Jensen e Mickling (1976) e Broadbent, Dietrich e Laughlin (1996) como um acordo em que o agente principal contrata outra pessoa (o gestor) para desempenhar algum serviço em nome do agente principal. Assim, na primeira relação aqui observada, Assembleia – Presidente, a primeira elege o segundo para que este último dirija o consórcio. No segundo caso, percebe-se a relação quando o Presidente indica o Secretário Executivo para que o mesmo realize as rotinas administrativas da entidade.

Ressalta-se, no entanto, que as relações aqui apresentadas são de alguma forma resguardadas, já que, para a nomeação dos Secretários Executivos, em alguns consórcios, deve haver a presença do Conselho de Prefeitos, que são também escolhidos e eleitos pela Assembleia Geral. Assim, acredita-se que existe uma forma de combate dos interesses do agente principal (Presidente), para que seja validado o interesse dos gestores (Assembleia Geral).

Apesar do que foi anteriormente apresentado, destaca-se que devem haver outros meios de controle, ou ainda, que os contratos estabelecem outras e melhores condições para conciliar os interesses das partes envolvidas, a fim de evitar comportamentos oportunistas por parte de alguns agentes (SLOMSKI et al., 2008).

4.2 Informação Transparente

A categoria Informação Transparente corresponde à divulgação de informações de maneira transparente, justificando as decisões e prestando conta dos atos de forma confiável e inteligível. Com relação aos dados analisados, esta categoria possui 330 (trezentos e trinta) referências, sendo os consórcios CISTM, CIAS, CISMIV, CISMISEL e CISAP, aqueles que mais se destacaram, com 20 (vinte), 18 (dezoito) e 17 (dezesete) referências cada, respectivamente.

Com base nos Protocolos de Intenção analisados, essa categoria se subdivide em: a) informações internas; b) informações externas.

As informações internas são aquelas disponibilizadas apenas aos membros dos consórcios, mais especificamente, apenas aos Chefes Executivos dos municípios consorciados. Tais informações são referentes às marcações de reuniões (assembleias), prestações de contas (orçamentos, relatórios de receitas e despesas, informações financeiras necessárias para que cada consorciado contribua) e atas de assembleias.

Algumas das informações anteriormente mencionadas são confirmadas com os recortes (R6 e R7):

O Consórcio deverá fornecer em tempo hábil, informações financeiras necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as receitas e despesas realizadas, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos. (R6)

Sob pena de ineficácia das decisões nela tomadas, íntegra da ata da Assembleia Geral será, em até dez dias, publicada em local próprio na sede do CONSÓRCIO e, ainda, encaminhada uma cópia para ente associado para que também seja publicada em local próprio nas sedes dos Municípios. (R7)

As informações externas são aquelas disponibilizadas à toda população consorciada, bem como, àqueles que desejarem. Tais informações são relativas à contratação de pessoal, via consórcio público ou processo seletivo; ao extrato do Protocolo de Intenções, que deve ser publicado na imprensa oficial e no caso de alguns consórcios, em jornais de grande circulação; demonstrações financeiras; licitações, exceto aquelas do tipo convite; informações sobre os serviços de saúde.

Os recortes (R8, R9 e R10) revelam:

O Consórcio obedecerá ao princípio da publicidade, tornando públicas as decisões que digam respeito a terceiros e as de natureza orçamentária, financeira ou

contratual, inclusive as que digam respeito à admissão de pessoal, bem como permitindo que qualquer do povo tenha acesso a suas reuniões e aos documentos que produzir, salvo, nos termos da lei, os considerados sigilosos por prévia e motivada decisão. (R8)

Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. (R9)

Todos os editais de licitação deverão ser publicados em local próprio na sede de CONSÓRCIO e na imprensa oficial, dispensada a publicação na imprensa oficial na hipótese de convite. (R10)

Foram encontrados, no entanto, divergência quanto às informações divulgadas entre os consórcios. Tais divergências são apresentadas na Figura 2.

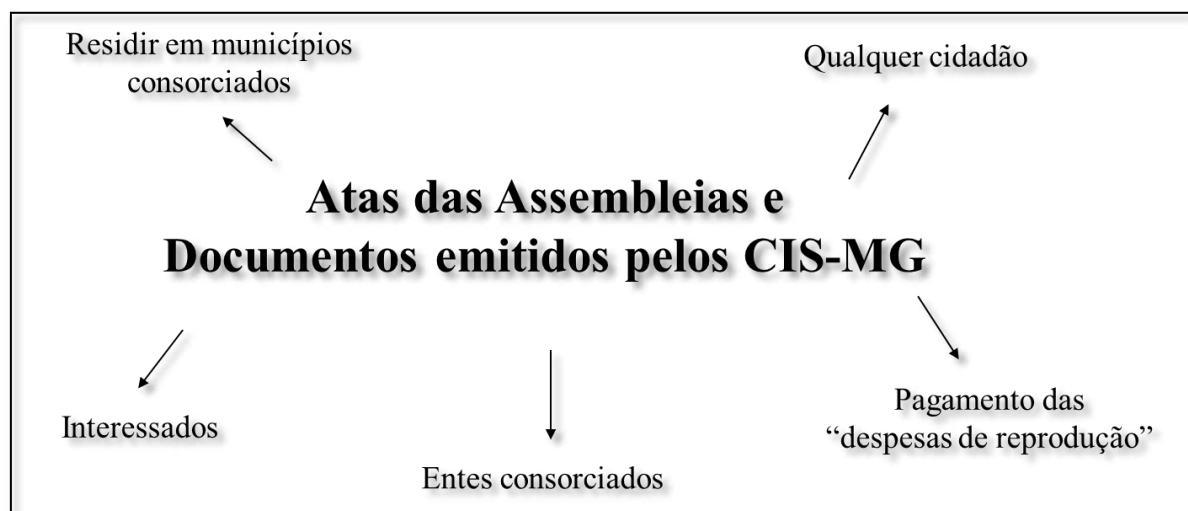


Figura 2: Informações externas x informações internas
Fonte: Elaboração própria

Enquanto em algumas entidades a ata da assembleia é divulgada apenas aos entes consorciados (R7), em outros, é divulgada a aqueles que interessarem (R11), ou àqueles que interessarem, mas mediante pagamento das chamadas “despesas de reprodução” (R12):

Sob pena de ineficácia das decisões nela tomadas, a íntegra da ata da Assembleia Geral será, em até dez dias, publicada no sítio que o Consórcio manterá na internet. (R11)

Mediante o pagamento das despesas de reprodução, cópia autenticada da ata será

fornecida para qualquer do povo, independentemente da demonstração de interesse.
(R12)

Além disso, em alguns casos, para se ter acesso às atas, é necessário residir em algum dos municípios consorciados (R13):

Mediante requerimento justificando a finalidade a que se destina e o pagamento das despesas de reprodução, cópia autenticada da ata será fornecida para qualquer do povo, desde que residente no município que integre o Consórcio. (R13)

Além das atas, o acesso a outros documentos emitidos pelos consórcios também apresenta divergências semelhantes às anteriores, conforme apresentado pelos recortes (R14) e (R15):

Mediante o pagamento das despesas de reprodução, cópia da ata e demais documentos, salvo os considerados de caráter sigiloso, serão fornecidos para qualquer do povo. (R14)

Qualquer cidadão, independentemente de demonstração de interesse, tem o direito de ter acesso aos documentos sobre a execução e pagamento de contratos celebrados pelo Consórcio. (R15)

Com relação aos dados referentes à categoria Informação Transparente, foi percebido que não há convergência nos CIS-MG quanto à maioria dos dados disponibilizados, principalmente àqueles relativos às informações externas, ou seja, àquelas divulgadas a toda a população.

Mesmo que a sociedade não consista no foco deste estudo, pois aqui se pretende compreender as relações existentes entre os atores dos CIS-MG, entende-se que os ocupantes dos cargos públicos, que compreendem os Prefeitos dos municípios consorciados, devem informar, explicar e responder pelos atos por eles praticados, fazendo valer a concepção de *answerability*, proposta por Schedler (1999).

Com relação às informações apresentadas aos membros dos CIS-MG, entende-se também que devem haver mais canais de informação, já que a divulgação da ata via fixação em quadros nos consórcios pode não ser muito eficiente. Além disso, embora por meio deste estudo não seja possível averiguar como realmente são apresentadas as informações, destacam-se alguns indicadores de transparência, que já foram apresentados por Martins (2015), e que podem auxiliar os gestores públicos, se presentes nas entidades: a) divulgação

espontânea de dados e informações; b) atendimento das solicitações de informação ou esclarecimentos e c) explicação dos atos e decisões administrativas.

4.3 Participação

A categoria Participação corresponde à participação dos consorciados no processo de deliberação dos consórcios. Além disso, nesta categoria são verificadas também de que forma é realizada a interação e a integração dos associados nas atividades e ações de saúde a serem desenvolvidas por tais entidades.

Com base nos dados analisados, essa categoria possui 362 (trezentos e sessenta e duas) referências, sendo os consórcios CISARVG, CISCEL, CISVI, CISLESTE e CIESP os que mais se destacaram, com 22 (vinte e duas), 21 (vinte e uma) e 19 (dezenove) referências cada, respectivamente.

A categoria aqui analisada se subdivide em duas subcategorias: a) participação e b) interação.

A subcategoria participação é percebida pela atuação do consórcio no âmbito externo e interno. O primeiro faz referência à existência de eventos que possam contribuir para o crescimento e a representação do conjunto de municípios consorciados em assuntos de interesse comum perante entidades públicas ou privadas. Essa participação pode ser realizada por alguns membros específicos, como no caso de alguns consórcios, pelo Conselho Diretor.

No caso da representação judicial e extrajudicial, essa função é destinada ao Presidente, podendo ser também de competência do Vice-Presidente e do Secretário Executivo, sendo este último mediante decisão da Assembleia Geral. Essas representações são apresentadas nos recortes (R16 e R17):

Cabe ao Presidente do Consorcio representar judicial e extrajudicialmente o CONSÓRCIO, cabendo ao Vice-Presidente, substituí-lo em seus impedimentos e suspeições. (R16)

Representar o Consórcio, ativa e passivamente, judicial ou extrajudicialmente, podendo firmar contratos ou convênios, bem como substituir procuradores "ad negocia" e "ad judicia", podendo esta competência ser delegada, parcial ou totalmente ao Secretário Executivo, mediante decisão da Assembleia Geral. (R17)

Ainda no âmbito interno existe a promoção de cursos de treinamento e capacitação direcionada aos servidores dos entes consorciados e à participação dos membros nas assembleias gerais através do voto, que é proferido pelo representante legal de cada município consorciado, no caso os prefeitos.

Em alguns consórcios as reuniões da Assembleia Geral são realizadas mensalmente, já em outros semestralmente, conforme apresentam os recortes (R19 e R20):

A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada mês, e extraordinariamente, quando for convocada pelo Presidente, pelo Conselho Fiscal ou por requerimento de pelo menos um quinto dos consorciados. (R19)

A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, semestralmente a cada ano e, extraordinariamente, quando for convocada pelo Conselho Diretor ou por, pelo menos, 2/3 dos associados. (R20).

Ademais, existe a participação do consórcio com a comunidade, através de estudos, pesquisas, projetos e a criação de fóruns de discussão a respeito do atendimento regional de saúde, como forma de solucionar os problemas de interesse dos consorciados, aperfeiçoar a capacidade técnica e otimizar os investimentos em equipamentos, recursos humanos e estrutura da saúde pública. O recorte (R18) apresenta as informações descritas:

Realizar cursos de capacitação do pessoal da área da Saúde para estruturação de atendimento da atenção básica nos entes consorciados, tendo como referência o Programa Saúde da Família (PSF). (R18)

Com relação à subcategoria interação, foi verificado que os consórcios podem firmar parcerias com universidades, entidades do ensino superior, entes da Administração Pública, Autarquias, Organizações e Fundação como forma de apoiar estudos e atividades desenvolvidas. Outra forma refere-se aos convênios de cooperação entre os entes federados, que poderão realizar as atividades de planejamento, regulação e fiscalização de serviços públicos do consorcio. Essas relações cooperativas consistem também no compartilhamento de medicamentos, materiais, equipamentos e instrumentos de gestão, manutenção e informática, pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal, bem como de apoio e fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados. Os recortes (R21 e R22) confirmam o que aqui foi descrito:

O CONSÓRCIO poderá realizar as atividades de planejamento, regulação e fiscalização de serviços públicos por meio de concessão ou de convênio de

cooperação entre entes federados, acompanhadas ou não da prestação de serviços públicos ou da transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (R21)

O compartilhamento ou uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal. (R22)

Além das interações mencionadas, cabe destacar ainda que entidades públicas ou privadas podem conceder doações, auxílios, contribuições e subvenções e os consórcios ficam autorizados a elaborar estudos e projetos visando à capacitação destas entidades. Outra forma de obtenção de recursos é a adoção de práticas que possibilitem compras conjuntas com economia de escala.

Com relação aos dados que se remetem à categoria Participação, pode-se verificar a existência de alguns conceitos tidos na literatura como importantes, tal como o conceito de Governança, que é percebido pela participação dos agentes em reuniões e eventos que discutem a realização de ações do consórcio e ainda, da interação dos membros consorciados com agentes externos com o intuito de realizar estudos e outras atividades. Assim, observa-se então que o consórcio não atua de forma isolada para atender às demandas pela saúde dos municípios consorciados, mas há a presença de vários atores com interesses e recursos distintos em busca de um objetivo comum (DENHARDT, 2012).

Além da Governança, outro conceito que pode estar relacionado à interação de atores com vistas a debater sobre os problemas sociais é o de *Accountability* Social. Conforme já observado na literatura, essa forma de *accountability* “se apoia em acionar os setores organizados da sociedade civil e os meios interessados e com capacidades para exercer influência sobre o sistema político e as formas de burocracia públicas” (PERUZZOTTI; SMULOVITZ, 2002, p. 10).

Ainda com relação à categoria Participação, outra ocorrência que se assemelha a um conceito encontrado na literatura é o conceito de *Accountability* Vertical apresentado por O’Donnell (1998). Isso ocorre pelo fato de que os associados, por meio do voto nas reuniões da Assembleia Geral, elegem seus representantes (Presidente e Vice-Presidente) para assumir o controle dos consórcios.

4.4 Controle

A categoria Controle corresponde aos mecanismos de controle institucionalizados que permitem a fiscalização das ações e da função do representante por parte dos consorciados. Além disso, essa categoria foi a mais referenciada se comparada às demais, com 1.636 (um mil seiscentas e trinta e seis) referências. Os consórcios CISAS, CISAP, CISTM, CISCEL e CISMIV foram os que mais se destacaram, com 103 (cento e três), 99 (noventa e nove), 86 (oitenta e seis) e 82 (oitenta e duas) referências cada, respectivamente.

A categoria aqui analisada se divide em duas subcategorias, a saber: a) órgãos de controle e b) mecanismos de controle.

Com relação à subcategoria órgãos de controle, nas estruturas organizacionais Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são encontrados o Conselho Fiscal e o Conselho de Prefeitos. Além disso, quanto aos órgãos externos aos CIS-MG que podem realizar algum tipo de controle, apresenta-se o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.

O Conselho Fiscal, de acordo com o que foi encontrado nos Protocolos de Intenção, é um órgão de fiscalização das atividades dos consórcios e se vincula à Assembleia Geral. Tal Conselho, na maioria dos consórcios analisados, é eleito pela própria Assembleia Geral para um mandato de dois anos, sendo permitida a reeleição. A sua composição compreende um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário escolhidos, em alguns consórcios analisados, exclusivamente a partir dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios associados, em outros, tal constituição não é exclusiva aos Secretários Municipais de Saúde. Os recortes (R23 e R24) afirmam o exposto:

Os membros do Conselho Fiscal serão escolhidos, preferencialmente, mas não exclusivamente, dentre os Secretários Municipais de Saúde dos municípios consorciados na mesma ocasião e nos mesmos termos dos membros da Diretoria. (R23)

O Conselho fiscal é constituído por Secretários Municipais de Saúde de 03 (três) entes federados consorciados, eleitos pela Assembleia Geral. (R24)

Para compor o Conselho Fiscal, é necessário que haja eleição e que os candidatos componham chapas. O procedimento completo, que também é realizado para a eleição do Presidente e do Vice-Presidente, é apresentado no recorte (R25):

Para concorrer às eleições, será necessário o registro de chapa completa, Presidente, Vice-Presidente e Conselho Fiscal, com anuência por escrito de cada candidato. Não

serão registradas chapas que estiverem em desacordo com as normas ora estabelecidas.

As chapas deverão ser registradas na Chefia de Gabinete do Consórcio, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias da data da eleição e sua composição será afixada na sede do Consórcio.

Os candidatos que preencherem as condições para serem votados deverão estar devidamente inscritos perante a Comissão Eleitoral, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias da data marcada para as eleições.

O Secretário Executivo nomeará uma Comissão Eleitoral, composta por três servidores do Consórcio que não tenham vínculo com candidatos, para organizar o processo eleitoral do CONSÓRCIO, cabendo-lhe receber os pedidos de inscrição dos candidatos, determinar data, horário e local da votação, bem como organizar a mesa receptora dos votos, além da contagem e apuração dos mesmos.

Imediatamente após a proclamação dos eleitos, e de posse do resultado, o presidente da Comissão Eleitoral marcará a posse, que deverá ocorrer no primeiro dia útil após o término do mandato em vigor. (R25)

Com relação às atividades do Conselho Fiscal, estas são indicadas no recorte (R26):

I - Convocar a Assembleia Geral sempre que verificar irregularidades na escrituração contábil, nos atos de gestão financeira e patrimonial, bem como na inobservância das normas legais, estatutárias e regimentais; II - Examinar os documentos e livros de escrituração do Consórcio; III - Examinar o balancete semestral apresentado pelo Secretário Executivo; IV - Apreçar balanço, inventário, prestação de contas, relatório anual e respectivo demonstrativo de resultados do exercício, que acompanham o relatório da Secretaria Executiva, até o último dia útil do mês de fevereiro do exercício subsequente; V - Exercer as atividades de fiscalização; VI - Requisitar informações que considerar necessário; VII - Representar ao Presidente do Consórcio sobre irregularidades encontradas; VIII - Emitir parecer sobre as contas anuais do Consórcio; IX - Fiscalizar os atos de planejamento e controle orçamentário; X - Fiscalizar a execução do orçamento do Consórcio; XI - Fiscalizar os atos da Coordenadoria Administrativa e Contábil; XII - Fiscalizar as compras e recebimento de materiais e serviços; XIII - Fiscalizar as licitações; XIV - Fiscalizar as obras e serviços de engenharia; XV - Fiscalizar a administração de pessoal; Parágrafo único. Os membros do Conselho Fiscal exercem suas atribuições sem remuneração, ou qualquer tipo de ônus ao Consórcio. (R26)

Conforme observado no recorte anterior, a maioria das atividades que competem ao Conselho Fiscal, estão relacionadas à fiscalização. Assim, reitera-se aqui a sua função de

controle nos CIS-MG. Ressalta-se ainda que as deliberações feitas pelo Conselho Fiscal são submetidas à homologação da Assembleia Geral.

Além do Conselho Fiscal, existe ainda o Conselho de Prefeitos ou em alguns consórcios o chamado Conselho Diretor. Tal Conselho é também eleito por voto pela Assembleia Geral e é composto por prefeitos dos municípios consorciados.

As atividades desempenhadas pelo Conselho de Prefeitos são apresentadas no recorte (R27). Apesar de não haver tantas atividades relacionadas à fiscalização quanto o Conselho Fiscal, o Conselho de Prefeitos é responsável por realizar atividades importantes em favor dos consorciados:

I – atuar junto às esferas políticas do Poder Público, em todos os seus níveis, buscando apoio às ações do CONSÓRCIO; II – estimular, na área de abrangência do CONSÓRCIO, a participação dos demais municípios; III – estabelecer metas ao Conselho Técnico-Consultivo e aos demais setores do CONSÓRCIO no intuito de fazer cumprir os objetivos da instituição; IV – autorizar a alienação dos bens móveis declarados inservíveis; V – aprovar a requisição de servidores públicos para servirem na entidade; VI - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto; VII - aprovar a proposta de orçamento da entidade, o plano e o relatório anual de atividades, bem como o programa de investimentos; VII – indicar o Secretário-Executivo, bem como determinar o seu afastamento, a sua demissão ou a sua substituição, conforme o caso; IX – prestar contas ao órgão público ou privado concedente dos recursos que venha a receber. (R27)

Com relação aos órgãos externos que realizam algum tipo de controle, foi encontrado o Tribunal de Contas de Minas Gerais. Conforme apresenta o recorte (R28):

§ 5 ° - O Consórcio estará sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas de Minas Gerais competente para apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo representante legal do Consórcio, inclusive quanto à legalidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos que os entes consorciados vierem a celebrar com o CONSÓRCIO.

Com relação à subcategoria mecanismos de controle, os principais achados se remetem aos contratos e documentos firmados e realizados pelos consorciados, tais como: Protocolo de Intenções, Estatutos, Regimento Interno, Contrato de Rateio e outros contratos

firmados entre os entes federados para a realização de algum serviço e/ou ação conjunta. Os recortes (R29, R30, R31, R32, R33, R34) relacionam ao que foi exposto:

Os entes consorciados entregarão recursos financeiros ao consórcio público mediante contrato de rateio assinado pela Presidência e pela Secretaria Executiva do Consórcio.

§1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro, observado o orçamento do Consórcio aprovado pela Assembleia Geral. (R29)

A adesão de novo ente da federação deverá ser realizada através de termo aditivo ao contrato de consórcio, após ratificação do Protocolo de Intenções, mediante lei, pelo Poder Legislativo do ente federativo que pretende se associar. (R30)

O Contrato de Consórcio Público somente poderá ser alterado ou extinto após aprovação dos membros da Assembleia Geral. (R31)

As demais disposições concernentes ao Consórcio constarão de Estatuto e Regimento Interno, a serem elaborados pela Diretoria Executiva, que após aprovação pela Assembleia Geral, serão assinados pelo Presidente do Consórcio, observadas as disposições legais vigentes e os ditames deste Protocolo de Intenções. (R32)

A subscrição deste Protocolo de Intenções será realizada mediante assinatura em três vias, seu extrato deverá ser publicado em veículo de imprensa oficial que obrigatoriamente indicará o local em que se poderá obter a cópia integral do mesmo. (R33)

Os bens adquiridos ou produzidos na forma do inciso X do caput, inclusive os derivados de obras ou investimentos em comum, terão o seu uso e propriedade disciplinados por contrato entre os entes federados consorciados interessados e o Consórcio. (R34)

Conforme observado nos recortes apresentados, além de mencionarem algumas formas contratuais utilizadas pelos consórcios, apontam algumas ocorrências de controle sobre os recursos financeiros (R29), entrada de novos membros aos consórcios (R30) e mencionam sobre os bens produzidos e adquiridos pelos consórcios (R34). Assim, entende-se que o Controle é observado nos Protocolos de Intenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, no entanto, deveriam haver outras formas de controle que pudessem ser

exercidas pelos membros consorciados com o intuito de haver formas de responsabilização do Presidente, Vice-Presidente e do Secretário pelos atos por eles praticados, reduzindo, portanto, os possíveis problemas de agência que podem ser encontrados (BROADBENT, DIETRICH E LAUGHLIN, 1996; ATTILA, 2012). Apesar disso, conforme visto também quando se discutia a categoria Relação de Agência, destaca-se a importância da Assembleia Geral, que consiste na instância máxima dos consórcios e delibera sobre a maioria das ações e atividades desenvolvidas pelos mesmos.

Destaca-se também uma forma de *accountability* que não foi observada, mas que poderia auxiliar os municípios consorciados a exercer o controle nos consórcios, como por exemplo: a *accountability* política. Entende-se que deveriam ser apresentados meios para que os municípios consorciados se oporem às políticas e ações que não fossem um consenso (PERUZZOTTI E SMULOVITZ, 2002). Além disso, destaca-se também a *accountability* horizontal, pois entende-se que deveria haver a presença de outras agências externas, para além do Tribunal de Contas de Minas Gerais, para auxiliar na fiscalização dos agentes (O' DONNELL, 1998).

Cabe ressaltar ainda que as informações que aqui são apresentadas como ausentes, talvez poderiam ser encontradas em outras formas contratuais que neste estudo não foram analisadas, como por exemplo os Estatutos.

4.5 Sanção

A categoria Sanção corresponde às consequências das condutas dos agentes representativos e dos consorciados. A mesma obteve 213 (duzentas e treze) referências, sendo os consórcios CISTM, CISMIV, CIESP, CISARVG e CISVI os que mais se destacaram, com 23 (vinte e três), 17 (dezessete), 15 (quinze), 12 (doze) e 10 (dez) referências cada, respectivamente.

Os casos de Sanção observados nos CIS-MG passam por aprovação na Assembleia Geral e alguns casos são apurados conforme o regime interno de cada consórcio. Além disso, ressalta-se que para efeitos de análise, as sanções são subdivididas em: a) positivas e b) negativas.

As sanções positivas correspondem às recompensas recebidas pelos cargos e comissões. É de responsabilidade do Presidente conceder e atender ao limite de recursos destinados a este fim. Em alguns consórcios fica vedado o recebimento de qualquer espécie

remuneratória ou mesmo de indenização aos cargos e aos participantes das atividades do consórcio. Os recortes (R35 e R36) apresentam tais ocorrências:

Fica o Presidente do CONSÓRCIO autorizado a conceder gratificação, a título de verba de representação, aos ocupantes de cargos em comissão, limitada em 20% (vinte por cento) do valor do vencimento básico. (R35)

Somente serão concedidos adicionais ou gratificações aos servidores cedidos mediante aprovação do Conselho Deliberativo. Não poderá, em nenhuma hipótese, a soma do salário do servidor cedido e o adicional ou a gratificação, pago pelo consórcio ultrapassar a remuneração paga pelo Consórcio aos seus empregados que desempenharem função similar. (R36)

Já as sanções negativas fazem referência aos consórcios que não estão em dia com suas obrigações operacionais e financeiras, tais como: deixar de efetuar o integral repasse do Contrato de Rateio, não quitar os valores referentes às prestações de serviços contratados pelo ente consorciado por período superior a 30 (trinta) dias e deixar de fornecer documentação solicitada pelo Consórcio, não justificando tal omissão, em até 15 (quinze) dias após ser notificado. Todas estas ações poderão afetar os direitos dos consorciados, especificamente o de exercer o direito de voto e serem votados nas assembleias gerais.

Os entes que forem expulsos do consorcio estarão sujeitos a um período de reabilitação e enquanto isso não ocorre, o ente deve se manter suspenso do consórcio, conforme apresenta o recorte (R37):

A exclusão prevista no inciso I do caput somente ocorrerá após prévia suspensão, período em que o ente consorciado poderá se reabilitar. (R37)

Ressalta-se ainda que o Estatuto poderá prever outros motivos que levem a exclusão de algum membro, como por exemplo: a existência de motivos graves que são reconhecidos pela maioria absoluta dos presentes à Assembleia Geral; o não pagamento, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, dos serviços contratados com o consórcio; a falta de repasse parcial ou total, por prazo superior a 90 (noventa) dias, dos valores referentes ao Contrato de Rateio.

Com relação aos dados referentes à categoria Sanção, pôde-se verificar que foram encontradas algumas informações referentes às recompensas e punições nos Protocolos de Intenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. Ressalta-se, no entanto, que a aplicação da sanção aqui apresentada se voltam para os consorciados de maneira geral e não para um único agente que deve, mais que os outros, prestar contas de suas ações, como é

o caso do Presidente, Vice-Presidente e Secretário Executivo. Assim, não se pode afirmar neste estudo que são encontradas aproximações do conceito de *enforcement*, apresentado por Schedler (1999) e ainda, aquele apresentado por Pinho e Sacramento (2009, p. 1364), que apresenta a *accountability* a partir do seguinte conceito “responsabilidade (objetiva e subjetiva), controle, transparência, obrigação de prestação de contas, justificativas para as ações que foram ou deixaram de ser empreendidas, premiações e/ou castigo”.

Um esquema sintético do que foi identificado como parte integrante dos consórcios públicos, bem como a manifestação dos elementos da Relação de Agência e da *Accountability* quando inseridos nestas entidades. Assim, expõe-se os elementos discutidos na análise de resultados deste estudo, incluindo as categorias e subcategorias analisadas (Figura 3)

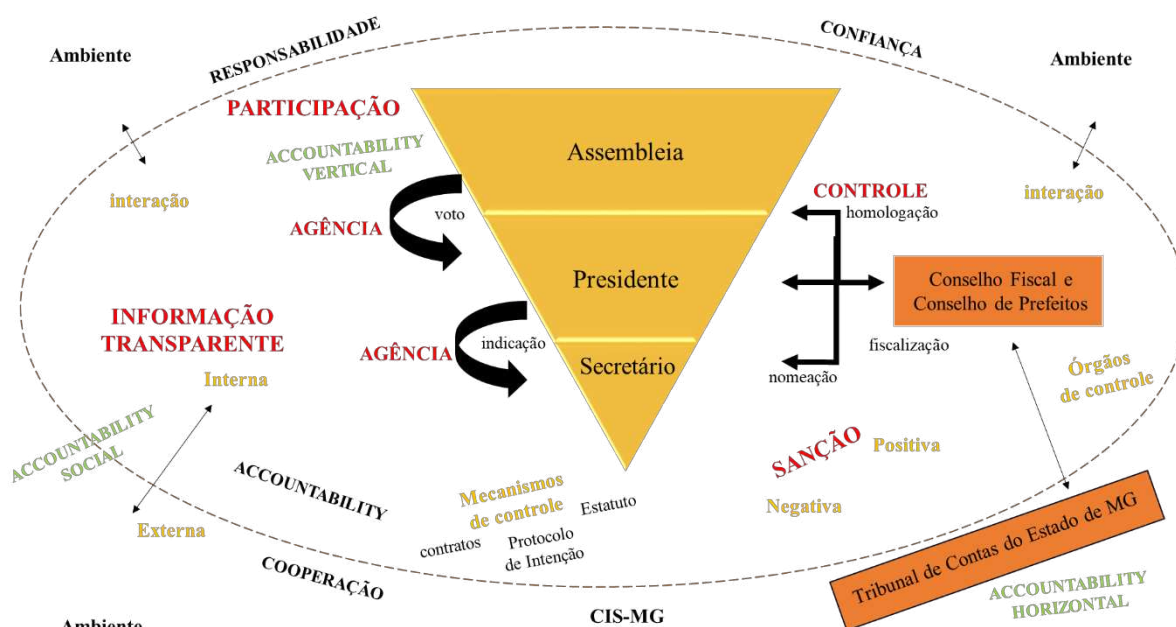


Figura 3: A Relação de Agência e a *Accountability* nos Consórcios Públicos
Fonte: Elaboração própria.

Na Figura 3, as categorias são apresentadas em destaque na cor vermelha e as subcategorias estão representadas na cor laranja. Além disso, a estrutura dos consórcios públicos é apresentada sob a forma de um triângulo invertido, já que a Assembleia, que contempla todos os consorciados, constitui a instância máxima dos CIS-MG. As relações de agência encontradas (relação assembleia-presidente e relação presidente-secretário) são também apresentadas indicando a forma no qual ocorrem: voto e indicação, respectivamente.

O controle é apresentado a partir das subcategorias criadas: órgãos de controle (Conselho Fiscal e Conselho de Prefeitos; Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais) e

mecanismos de controle (contratos, Protocolo de Intenção e Estatuto). A informação transparente também é exposta a partir de suas subcategorias (internas e externas), sendo a última inserida fora dos CIS-MG, ou seja, envolve o ambiente. A participação é representada próxima à Assembleia, já que envolve a participação dos associados. Por fim, a sanção, encontrada apenas inserida nos CIS, também é apresentada com suas subcategorias (positivas e negativas).

Para além das categorias e subcategorias, foi representado na cor verde, na Figura 3, algumas nomenclaturas referentes à *accountability* e na cor preta alguns elementos vistos na teoria que estão presentes nos CIS. Quanto às nomenclaturas referentes à *accountability*, foram representadas a *accountability* vertical, horizontal e social. E, quanto aos elementos vistos na teoria que estão presentes nos CIS, foram representados: confiança, responsabilidade e cooperação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, foi possível analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público.

A partir do referencial teórico proposto foi possível observar manifestações da Teoria da Agência e da *Accountability* nos CIS-MG. Assim, tais manifestações foram apresentadas a partir das cinco categorias de análise criadas: Relação de Agência; Informação Transparente; Participação; Controle e Sanção.

Na categoria Relação de Agência foi possível identificar dois tipos de relação que se assemelham ao que é apresentado na teoria: a relação entre a Assembleia Geral e o Presidente, que acontece por meio de voto e a relação entre o Presidente e o Secretário Executivo, que ocorre por meio de indicação.

Na categoria Informação Transparente foi possível verificar que existem informações transmitidas somente para os consorciados e ainda, aquelas publicitadas a toda a sociedade, sendo encontradas divergências entre as informações internas e externas divulgadas pelos CIS, se comparados uns aos outros.

A categoria Participação, por sua vez, apresentou também as participações e interações internas e externas, destacando as parcerias e o desenvolvimento de estudos e ações conjuntas entre os consorciados e outros agentes com vistas a promover a saúde.

Por meio da categoria Controle foi possível observar a presença de agentes responsáveis pelo controle e fiscalização nos CIS-MG, sendo o Conselho Fiscal e o Conselho de Prefeitos aqueles responsáveis pelo controle interno e o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais aquele responsável pelo controle externo. Além disso, foram destacados ainda alguns mecanismos utilizados pelos consórcios para promover o controle em tais entidades, havendo destaque para os contratos por eles firmados.

Na categoria Sanção, foram apresentadas as consequências positivas e negativas dos consorciados e dos atores que pertencem aos CIS-MG. Conforme foi destacado, tais consequências se voltavam para os consorciados de maneira geral e não para um único agente que deveria, mais que os outros, prestar contas de suas ações, como é o caso do Presidente, Vice-Presidente e Secretário Executivo. Ressaltou-se, no entanto, que outros documentos não analisados neste estudo poderiam conter tais informações, como é o caso do Estatuto dos CIS-MG.

Nos resultados foram destacados também que muitos elementos e teorias foram encontrados enquanto inseridos nas estruturas dos CIS-MG, no entanto, existem ainda alguns mecanismos e conceitos que, se fossem identificados em tais estruturas, poderiam minimizar comportamentos oportunistas de alguns agentes e auxiliar no controle. Apesar disso, com as informações neste estudo analisadas, não foi possível dizer se comportamentos oportunistas estão presentes ou não nos consórcios.

Este estudo apresentou contribuições para a teoria, principalmente com a temática da cooperação intergovernamental, pois foi buscado avançar com relação aos estudos já existentes na literatura, tendo em vista que não encontrados muitos estudos que se remetem aos consórcios públicos e que tratam dos problemas de agência, da cooperação e dos conflitos existentes.

Para com os gestores públicos, o estudo também contribuiu, pois apresentou a importância das estruturas de cooperação existentes, em especial os consórcios públicos/consórcios intermunicipais, indicando principalmente para os prefeitos formas de minimizar as dificuldades encontradas na gestão de municípios, principalmente no que concerne aos recursos e o atendimento à população.

O artigo apresenta limitações por não analisar outros documentos emitidos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, tais como os Estatutos, os Contratos de Rateio e os Contratos de Programa. O que se justificou pela dificuldade para conseguir tais documentos, tendo em vista que muitos CIS não respondiam às solicitações enviadas.

Ressalta-se, no entanto, que foram analisados mais da metade dos Protocolos de Intenções dos CIS-MG, que corresponderam a quase novecentas páginas de documentos emitidos pelos próprios consórcios. Além disso, foi reconhecida a importância de tais documentos, por consistirem os primeiros contratos firmados entre os entes consorciados.

Como sugestões para estudos futuros, pode-se buscar compreender a realidade dos consórcios analisados por meio de dados primários, investigando também aspectos que aqui não foram observados, tais como aqueles relacionados à cooperação/conflito dos agentes e ainda a gestão dos consórcios, como forma de motivar ou inibir tais aspectos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Finanças públicas, democracia e accountability: debate teórico e o caso brasileiro. ARVATE, P. R.; BIDERMAN, C. **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro. Elsevier, p. 75-102, 2004.

ACKERMAN, J. Social Accountability in the Public Sector A Conceptual Discussion. **World Bank Social Development Papers**, n. 82, p. 1–52, 2005.

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

ANDRADE, A.; ROSSETTI, J. P. Governança corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências. In: **Governança corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências**. Atlas, 2007.

ANDRADE HORA, R. A.; OLIVEIRA, O. V.; FORTE, S. H. A. C. Governança Corporativa no Setor Público e Privado no Contexto Brasileiro : a Produção e a Evolução Acadêmica em Dez Anos de Contribuições. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, **Anais...** p. 16, 2014.

ARANTES, R. B.; LOUREIRO, M. R.; COUTO, C.; TEIXEIRA, M. A. C. Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, tribunais de contas, Judiciário e Ministério Público. In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L. e PACHECO, R. S. (orgs.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010

ARMSTRONG, A.; JIA, X.; TOTIKIDIS, V. **Parallels in private and public sector governance**. Centre for International Corporate Governance Research, Victoria University, PO Box 14428, Melbourne, VIC 8001, Australia, 2005.

ATTILA, G. Agency problems in public sector. **The Journal of the Faculty of Economics**, v. 1, n. 1, p. 708-712, 2012.

BARAC, K. Corporate governance in the public sector. **Auditing SA**, v. 2001, n. Winter 2001, p. 30-31, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETT, P. Achieving better practice corporate governance in the public sector. **Australian National Audit Office**, 2002.

BATISTA, S. **O papel dos dirigentes municipais e regionais na criação e gestão dos consórcios públicos** / Sinoel Batista ... [et al.]. Guia de Consórcios Públicos. Caderno v. 2 – 1. ed. – Brasília, DF. Caixa Econômica Federal, 276 p., 2011.

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

BROADBENT, J; DIETRICH, M; LAUGHLIN, R. The development of principal-agent, contracting and accountability relationships in the public sector: Conceptual and cultural problems. **Critical perspectives on accounting**, v. 7, n. 3, p. 259-284, 1996.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?. **Revista de administração pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990.

CARNEIRO, C. Governança e Accountability: algumas notas introdutórias. **Texto para discussão**, p. 1-14, 2004.

CARVALHO, A. G. Governança corporativa no Brasil em perspectiva. **Revista de Administração**, v. 37, n. 3, p. 19-32, 2002.

CAVALCANTE, M. C. N; LUCA, M. M. M. Controladoria como instrumento de governança no setor público. **Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade**, v. 7, n. 1, p. 73-90, 2013.

CERDA, A. C. Tender offers, takeovers and corporate governance. **The Latin America Corporate Governance Roundtable**. São Paulo, 2000.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5-36, 2004.

DENHARDT, R. B. **Teoria geral da Administração pública**. [Tradução: Francisco G. Heidmann]. – São Paulo: Cengage, 2012.

FONTES FILHO, J. R.; PICOLIN, L. M. Governança corporativa em empresas estatais: avanços, propostas e limitações. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 6, p. 1163-1188, 2008.

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

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

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GOLDSMITH, S; EGGERS, W. D. **Governar em rede: o novo formato do setor público**. [tradução: Anja Kamp]. – Brasília/São Paulo: ENAP/Unesp, 2006.

GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. XIV Congresso Nacional do CONPEDI. **Anais...** Fortaleza. 3, 4 e 5 de Novembro, p. 1-26, 2005.

HART, O. Corporate governance: some theory and implications. **The economic journal**, v. 105, n. 430, p. 678-689, 1995.

JENSEN, M. C; MECKLING, W. H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of financial economics**, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976.

LINHARES P. T. F. S. Evolução da Cooperação Intermunicipal no Brasil. In: Congresso Consad de Gestão Pública, 4, Brasília. **Anais eletrônicos do Congresso Consad de Gestão Pública**, 2011

MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MARTINS. F. J. O. **Accountability no regime próprio de previdência dos servidores públicos municipais: análise do IPREVI - Viçosa/MG**. Dissertação do Mestrado em Administração – Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2015.

O'DONNELL, G. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua nova**, v. 44, n. 98, p. 27-54, 1998.

PEREIRA, L. C. B. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto.. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 1, p. 5-27, 2002.

PERUZZOTTI, E; SMULOVITZ, C. Accountability social: la otra cara del control. **Controlando la política. Ciudadanos y medios en las nuevas democracias latinoamericanas**, Buenos Aires, Corpo Editorial Temas, p. 23-52, 2002.

PETERS, B. G; MURILLO S, L. Gobernanza y burocracia pública: nuevas formas de democracia o nuevas formas de control. **Foro internacional**, p. 585-598, 2005.

PINHO, J. A. G; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

RAUPP, F. M; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**, v. 3, p. 76-97, 2003.

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

ROCHA, A. C. Accountability na administração pública: modelos teóricos e abordagens. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 14, n. 2, p.82-97, 2011.

SCACCABAROZZI, N. C. M. C. Princípios da Governança no Setor Público: Um Estudo no Tribunal de Contas do Estado do Ceará. In Encontro Nacional de Pós Graduação em Administração, XXXV, Rio de Janeiro, 2011. **Anais...** Rio de Janeiro, ANPAD, 2011.

SCHEDLER, A. Conceptualizing accountability. **The self-restraining state: Power and accountability in new democracies**, v. 14, 1999.

SLOMSKI, V; MELLO, G. R; TAVARES FILHO; F. MACÊDO, F. Q. **Governança Corporativa e governança na gestão pública**. Editora Atlas SA. São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, A. C. V. As novas figuras contratuais nos consórcios públicos. **Consórcios públicos: instrumento do federalismo cooperativo**. Belo Horizonte: Fórum, p. 145-164, 2008.

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

XAVIER, T. R; WITTMANN, M. L; INÁCIO, R. O; KERN, J. Desenvolvimento regional: uma análise sobre a estrutura de um consórcio intermunicipal. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1041-1066, 2013.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. Atlas, 2005.

ARTIGO 3

PRÁTICAS DE *ACCOUNTABILITY* NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Resumo

O objetivo deste estudo foi mensurar as práticas de *accountability* nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (CIS-MG). Foram utilizadas de fontes secundárias para a criação de um índice, o Índice de *Accountability* para Consórcios Intermunicipais de Saúde (IACIS). A coleta de dados para constituir o índice foi realizada a partir de informações disponibilizadas em vias públicas pelos consórcios, como, por exemplo, websites dos consórcios e das prefeituras dos municípios consorciados. Foi realizado contato telefônico e via e-mail junto aos consórcios com o intuito de conseguir documentos como, por exemplo, os Protocolos de Intenção e os Estatutos dos CIS-MG. O IACIS foi formado por quatro dimensões de *accountability* (Informação Transparente, Mecanismos de Controle, Participação e Interação e Sanção) e os resultados mostraram que o nível geral de adoção das práticas de *accountability* nos consórcios estudados é considerado baixo, já que mais de 35% dos CIS-MG não apresentaram indicadores relativos às dimensões Informação Transparente, Mecanismos de Controle e Sanção. Foi possível verificar também que os Consórcios são considerados heterogêneos com relação à adoção das práticas de *accountability*. O estudo contribuiu por apresentar um novo indicador ainda inexistente e ainda por chamar atenção para a ainda incipiente adoção das práticas de *accountability* por parte dos CIS-MG.

Palavras-chave: *Accountability*, Consórcios Intermunicipais de Saúde, Indicador.

Abstract

The objective of this study was to measure accountability practices in the Intermunicipal Health Consortia of Minas Gerais (CIS-MG). Secondary sources were used to create an index, the Accountability Index for Inter-Municipal Health Consortia (IACIS). The collection of data to constitute the index was made from information made available on public roads by the consortia, such as websites of consortia and cities of consortium cities. Telephone and e-mail contact was made to the consortia in order to obtain documents such as the Protocols of Intent and the CIS-MG Statutes. IACIS was formed by four dimensions of accountability (Transparent Information, Control Mechanisms, Participation and Interaction and Sanction) and the results showed that the general level of adoption of accountability practices in the consortia studied is considered low, since more than 35% of the CIS-MG did not present indicators related to the dimensions Transparent Information, Mechanisms of Control and Sanction. It was also possible to verify that Consortia are considered heterogeneous in relation to the adoption of accountability practices. The study contributed to present a new indicator still non-existent and still to draw attention to the still incipient adoption of accountability practices by the CIS-MG.

Key words: Accountability, Intermunicipal Health Consortia, Indicator.

1. INTRODUÇÃO

A descentralização do Estado, juntamente com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, fez com que os municípios passassem a enxergar a necessidade de interagirem entre si de forma mais ativa, complementando recursos e estruturas (NEVES, 2001). Assim, conforme destaca o Ministério da Saúde:

o consórcio intermunicipal na área da saúde é visto como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 8).

Conforme argumenta Galvão (2016) em estruturas baseadas em comportamentos de base relacional, como é o caso dos consórcios, apenas a sua constituição não garante que haja conformação de ideias entre as ações e os agentes, é necessário que haja “um processo rigoroso de conformação de sua feitura, de seus objetivos estatuídos e da execução da atividade pública pretendida” (p. 222). Além disso, conforme apresentam Henrichs e Meza (2017), para que os consórcios consigam cooperar e realizar ações em prol da população consorciada, são necessários alicerces que tenham como referência a transparência, o controle, a prestação de contas e a ética.

Alguns dos elementos anteriormente apresentados estão presentes no conceito de *accountability*, que neste estudo é entendida como:

a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria uma pena para o não cumprimento dessa diretiva (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1348).

Diante do exposto e conforme apresenta Galvão (2016), pode-se dizer que a *accountability* pode auxiliar não apenas com mecanismos de fiscalização e responsabilização a posteriori, mas em processos colaborativos, que devem “ser exercidos de maneira prévia, tendo papel crucial *ab initio*, ou seja, quando da própria constituição da relação interadministrativa a ser estabelecida” (p. 224).

Na literatura, não são encontrados muitos estudos que tratam da *accountability* enquanto inserida em consórcios intermunicipais. O que se encontra são estudos teóricos

(DIEGUEZ, 2011; MISOCZKY, 1998) que apresentam a importância de se discutir a *accountability* em tais estruturas. Além disso, conforme apresentam Machado e Andrade (2014) não são encontrados também estudos que tratam da cooperação/conflitos quando inseridos em consórcios públicos.

Com o intuito de reduzir o hiato anteriormente apresentado, este estudo busca responder a seguinte questão: como podem ser observadas práticas de *accountability* dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais?

O objetivo deste estudo consiste em mensurar as práticas de *accountability* nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

Além desta introdução, este artigo se divide em outras quatro seções. A primeira compreende a revisão de literatura, que discute a cooperação no âmbito da saúde e, ainda, sobre a *accountability* e a sua vinculação junto aos consórcios públicos. Posteriormente, apresenta-se a metodologia, contendo a caracterização da pesquisa e os procedimentos utilizados para a construção de um índice. A terceira seção compreende a discussão e a análise dos resultados. Por fim, apresenta-se as considerações finais do estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção faz-se uma apresentação sobre a cooperação intermunicipal no âmbito da saúde. Além disso, expõe-se ainda uma breve discussão sobre a *accountability* e a sua vinculação aos consórcios públicos.

2.1 Cooperação intermunicipal no âmbito da Saúde

A Constituição de 1988 trouxe diversos avanços no ordenamento legal brasileiro. Conforme argumenta Pereira (2010), tais avanços foram significativos no que concerne à Seguridade Social, pois a mesma consistia em um conceito ausente na legislação e nas experiências nacionais de proteção social.

O Artigo 194 da Constituição Federal de 1988 apresenta a Seguridade Social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Dessa forma, a saúde passa então a ser considerada um direito fundamental dos cidadãos, passando a integrar à responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1988).

De maneira geral, conforme apresentam Teixeira (1989) e Bravo (2006), os principais aspectos relacionados especificamente à Saúde presentes na Constituição de 1988 são: a) o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; b) as ações e os serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; c) a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; d) a participação do setor privado no sistema de saúde de forma complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; e) a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

De acordo com Bravo (2006), no entanto, apesar dos avanços, tais conquistas tiveram pouco impacto no que se refere à melhoria de condições de vida da população, pois ainda faltava a operacionalização dos sistemas criados, bem como cumprimento dos aspectos que foram estabelecidos pela Constituição. Conforme destacado na literatura, tais avanços não foram efetivamente observados na época da promulgação da Constituição e ainda há o enfrentamento de problemas com relação à saúde no Brasil (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Os problemas relativos à saúde culminam também com aqueles encontrados por muitos entes federados também a partir da Constituição de 1988. Conforme apresenta Rodrigues (2012), muitos municípios não conseguiram e ainda não conseguem estrutura e recursos necessários para assumir as responsabilidades adquiridas e ainda, prestar o devido atendimento aos cidadãos.

Uma alternativa encontrada por tais entes federados consiste na constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), que conforme apresentado por Abrucio e Ramos (2012) compreendem uma das formas de associativismo territorial, juntamente com: arranjos produtivos locais, comitês de bacias, regiões metropolitanas, territórios de cidadania e regiões integradas de desenvolvimento.

Os Consórcios Intermunicipais são de natureza horizontal e de iniciativa dos municípios, a partir da identificação de um problema comum e da construção de relações simétricas (LACZYNSKI; TEIXEIRA, 2011). Para Sano e Abrucio (2013), alguns fatores favorecem o consorciamento intermunicipal, são eles: a) a existência de uma identidade regional; b) a constituição de lideranças políticas capazes de produzir alianças

intermunicipais; c) questões que envolvem problemas comuns que atingem vários municípios; d) a lógica das políticas públicas, quando seus mecanismos de indução financeira levam a cooperação; e) o apoio e a indução do governo federal e estadual.

Rocha e Faria (2004) apontam vários fatores que podem incentivar os municípios à cooperação, dentre eles estão: a) incentivos do governo estadual e federal; b) existência de diálogo entre os municípios; c) simetria entre os parceiros no que tange às variáveis tamanho, poder político e recursos materiais; d) criação de mecanismos para a participação da sociedade civil.

Quanto aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, cabe destacar a apresentação do Ministério da Saúde em que os mesmos são vistos como “uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações” (BRASIL, 1997, p. 8). De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais³ os CIS correspondem a iniciativas autônomas de municípios geralmente circunvizinhos que se unem com o objetivo de gerenciar e prover, de forma conjunta, serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, havendo portando, conciliação de interesses.

Além da conciliação de interesses, Ravanelli (2010) esclarece que existem limites e desafios para a cooperação entre os entes federados. A autora apresenta, por exemplo, a reduzida capacidade técnica-administrativa e financeira dos municípios que dependem de transferências intergovernamentais para a sobrevivência. Além de alguns casos de negligência ou falta de informação dos mesmos. Strelec (2014) reforça esta ideia afirmando que os consórcios não devem ser visualizados apenas como solucionadores de problemas governamentais e políticos, mas como alternativas que auxiliam na resposta de demandas por serviços públicos de qualidade, principalmente no âmbito público local.

Ravanelli (2010) entende que a instituição de um consórcio não é simples. Além disso, a autora considera que devem ser considerados o peso político de cada ente na articulação institucional, os objetivos comuns e a forma de financiamento da gestão compartilhada. Ainda segundo a autora, a instituição de um consórcio requer um processo de debate, articulação e negociação política em torno das cláusulas do contrato de constituição do consórcio. Estes processos, se remetem à algumas práticas de *accountability*.

³ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/cib/page/1557-consorcios-intermunicipais-de-saude-cis>>. Acesso em: nov. 2017.

2.2 A *accountability* e sua vinculação aos consórcios públicos

Com relação ao termo “*accountability*”, pode-se dizer que na literatura são encontrados alguns estudos que buscaram traduzir o termo (CAMPOS, 1990; PINHO; SACRAMENTO, 2009) e ainda, estudos que tratam das diferentes nomenclaturas e abordagens, as principais são: *accountability* democrática (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004; ARANTES et al., 2010); *accountability* política (PERUZZOTTI; SMULOVITZ, 2002); *accountability* vertical e horizontal (O'DONNELL, 1998) e social (CARNEIRO, 2004; PERUZZOTTI; SMULOVITZ, 2002).

As diferentes nomenclaturas e abordagens da *accountability* e as suas definições são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Diferentes abordagens relacionadas à *accountability*

Abordagens	Definições
<i>accountability</i> democrática	Relaciona-se ao processo eleitoral, ao controle institucional durante ao mandato e a forma de controle exercida por meio de regras estatais intemporais.
<i>accountability</i> política	Consiste na capacidade dos eleitores de fazer com que as políticas governamentais respondam ou se adequem às suas preferências.
<i>accountability</i> vertical	Relaciona-se ao exercício do controle por meio do voto, assim, os representados escolhem seus representantes para exercer o controle
<i>accountability</i> horizontal	Se refere à fiscalização mútua entre os agentes ou ainda, por meio de agências externas, como por exemplo o Tribunal de Contas e o Ministério Público.
<i>accountability</i> social	Constitui em um mecanismo de controle não eleitoral. Assim, faz uso de ferramentas institucionais e não institucionais com base em ações de que envolvam os cidadãos, movimentos ou mídias.

Fonte: elaboração própria com base em Abrucio e Loureiro (2004), Arantes et al. (2010), Peruzzotti e Smulovitz (2002), O'Donnell (1998) e Carneiro (2004).

Além das diferentes nomenclaturas apresentadas no Quadro 1, Schedler (1999), ainda distingue a *accountability* a partir de duas concepções: *answerability* e *enforcement*. A *answerability* se refere à informação e justificação dos cargos públicos, no sentido de que os mesmos devem responder aos atos por eles praticados. A concepção de *enforcement*, por sua vez, se volta para a punição dos ocupantes dos cargos públicos caso haja violação dos deveres e das leis.

Para este estudo, utilizar-se á do termo *accountability* em sentido amplo, entendendo-se que a mesma envolve “responsabilidade (objetiva e subjetiva), controle, transparência, obrigação de prestação de contas, justificativas para as ações que foram ou deixaram de ser empreendidas, premiações e/ou castigo” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1364).

Quanto à vinculação da *accountability* aos consórcios públicos, este estudo parte da premissa apresentada por Galvão (2016). O autor entende que em estruturas baseadas em comportamentos de base relacional, como é o caso dos consórcios, apenas a sua constituição não garante que haja conformação de ideias entre as ações e os agentes, é necessário que haja “um processo rigoroso de conformação de sua feitura, de seus objetivos estatuídos e da execução da atividade pública pretendida” (p. 222). Assim, pode-se dizer que a *accountability* pode auxiliar não apenas com mecanismos de fiscalização e responsabilização a posteriori, mas em processos colaborativos, que devem “ser exercidos de maneira prévia, tendo papel crucial *ab initio*, ou seja, quando da própria constituição da relação interadministrativa a ser estabelecida” (p. 224).

De acordo com Dieguez (2011), a *accountability* é fundamental para a compreensão das relações de sinergia do consórcio com os consorciados e com a sociedade, pois pode significar a atribuição da responsividade aos dirigentes públicos, pode auxiliar no combate à corrupção e ainda oferecer meios de controle aos cidadãos sobre seus representantes. Assim sendo, as políticas oriundas das ações dos consorciados poderão ser orientadas de acordo com as demandas sociais e também a partir dos próprios agentes públicos, de modo a direcioná-los a um mesmo interesse.

Conforme apresenta o estudo de Dieguez (2011), que constrói uma metodologia para analisar os consórcios, tais entidades podem ser entendidas a partir de três aspectos: autonomização, *accountability* e coesão interna. A *accountability*, é compreendida a partir dos controles interno, externo e social.

O controle, de maneira geral, refere-se “a capacidade do consórcio em controlar os próprios dirigentes e as condições de controle exercido pelos demais órgãos públicos responsáveis por esta atividade” (DIEGUEZ, 2011, p. 309).

O controle interno é entendido como aquele exercido dentro da própria instituição. Assim, conforme apresentado por Arantes et al. (2010), as práticas de *accountability* não devem se pautar no processo eleitoral, mas em continuados instrumentos que permitam verificar o comportamento dos representantes públicos. Além disso, ressalta-se que nos consórcios, o controle interno, na maioria das vezes é de responsabilidade do Conselho Fiscal, que possui por objetivo: a fiscalização permanente da contabilidade do consórcio; o acompanhamento e fiscalização das operações econômicas e financeiras do consórcio; o controle da gestão e da finalidade do consórcio; a emissão de pareceres sobre o plano de

atividades, orçamento e relatórios de contas para serem submetidos à Assembleia Geral pelo Dirigente Executivo (BATISTA, 2011).

Para além do controle interno, Galvão (2016) ainda apresenta que em estruturas que se remetem ao associativismo, deve haver comunicação entre as partes interessadas, desse modo:

a *accountability*, neste momento, far-se-á mediante as interações dialógicas entre os partícipes, tendo cada um deles, acesso à(s) proposta(s) do outro, para inclusive, questioná-las acerca da viabilidade de implementação ou para sugerir aperfeiçoamentos a elas, com vistas a se definir mais adequadamente o(os) propósito(s) da atuação do ente associativo e personalizado a ser constituído (p.224).

O controle externo, por sua vez, de acordo com Dieguez (2011), relaciona-se ao que O'Donnell (1998) chama de *accountability* horizontal, ou seja, são mecanismos de controle exercidos por outros órgãos fiscais. Assim, a *accountability* horizontal se refere à fiscalização mútua entre os agentes ou ainda, por meio de agências externas, como por exemplo o Tribunal de Contas e o Ministério Público.

O controle social é mencionado por Dieguez (2011) a partir de três dimensões: 1ª) atores relevantes; 2ª) relações interinstitucionais; 3ª) formas de participação.

Os atores relevantes se referem aos “segmentos da sociedade civil e iniciativa privada que influenciam nas decisões do conselho executivo” (p. 312). Assim, pode-se destacar o conceito de *accountability* social, apresentando por Peruzzotti e Smulovitz (2002), onde se faz uso de ferramentas institucionais e não institucionais com base em ações de que envolvam os cidadãos, movimentos ou mídias.

A segunda dimensão se refere à relação interinstitucional, que consiste na interação realizada entre os Conselhos Municipais, Ouvidorias e outros canais de participação. Assim, destaca-se a participação da sociedade nas deliberações feitas pelos consórcios (DIEGUEZ, 2011). Esta dimensão está interligada a última, que se refere às formas de participação, ou seja, a “capacidade atribuída à sociedade de interferir nas decisões do consórcio” (DIEGUEZ, 2011, p. 312). Assim, retoma-se também ao conceito de *accountability* social, que “se apoia em acionar os setores organizados da sociedade civil e os meios interessados e com capacidades para exercer influência sobre o sistema político e as formas de burocracia públicas” (PERUZZOTTI; SMULOVITZ, 2002, p. 10).

Ainda que a *accountability* deva ser exercida no setor público a todo tipo de organização, Galvão (2016, p. 223) destaca que em arranjos cooperativos locais existe maior

“realidade local envolvida que vivenciará os reflexos das decisões públicas em termos administrativos”. Assim, pensar em mecanismos de controle, transparência, prestação de contas e responsabilização de agente públicos, pode não somente aferir legitimidade aos consórcios, como também auxiliar no melhoramento das relações sociais e na geração de confiança entre os agentes públicos inseridos em tais estruturas.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa classifica-se como sendo descritiva e de natureza quantitativa (VERGARA, 2005). Descritiva por visar mensurar as práticas de *accountability* dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. De acordo com Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa descritiva possui por objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou ainda, descrever a relação entre variáveis. Assim, procura-se “descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos” (p. 52)

No que se refere à natureza quantitativa, Godoy (1995, p. 58) apresenta que a pesquisa pode ser assim classificada quando considera que tudo poder ser quantificável, o que significa traduzir, em número, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

3.2 Criação de índices – o Índice de *Accountability* para Consórcios Intermunicipais de Saúde - IACIS

Os índices criados para serem aplicados no campo das políticas públicas são entendidos por Januzzi (2005, p. 138) como “medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesse programático. Rezende et al. (2009), acrescentam ainda que os índices podem proporcionar conhecimento das lacunas nos processos de gestão e ainda, auxiliar no estabelecimento de metas e ações corretivas.

De acordo com Januzzi (2005) existem algumas propriedades de aderência, não aderência ou indiferença que devem determinar o uso ou o não uso de um indicador para os propósitos pretendidos. Dentre as propriedades citadas pelo autor, destacam-se: a) relevância para a agenda política; b) validade de representação do conceito; c) confiabilidade da medida; d) cobertura populacional.

Neste estudo foi criado o Índice de *Accountability* para Consórcios Intermunicipais de Saúde (IACIS), cuja relevância consiste no seu objetivo de mensurar as práticas de *accountability* dos CIS-MG, pois, conforme já foi destacado no decorrer da pesquisa, elementos de *accountability* são importantes quando inseridos em estruturas de cooperação. Além disso, o IACIS foi baseado nos estudos de Rezende et al. (2009) e Martins (2015). No primeiro, foi construído um índice para mensurar as práticas de governança corporativa em clubes de futebol e no segundo foram apresentadas dimensões de *accountability* para a construção do IACIS. Além disso, para finalidade metodológica, neste estudo, foi utilizado o índice de evidenciação *Public Accountant Index* (PAI), elaborado por Coy e Dixon (2004), que também foi utilizado por Rezende et al. (2009).

De acordo com Januzzi (2005, p. 139) um índice é válido quando “dispõe de medidas tão próximas quanto possível do conceito abstrato ou da demanda política que lhe deram origem”. Assim, o IACIS foi formado por quatro dimensões de *accountability*, que são apresentadas no Quadro 2. Ressalta-se que tais dimensões também foram utilizadas no estudo de Martins (2015).

Quadro 2: Dimensões do IACIS

Dimensões do IACIS	
Informação Transparente	Corresponde à divulgação de informações de maneira transparente, justificando as decisões e prestando conta dos atos de forma confiável e inteligível.
Participação	Corresponde à participação dos consorciados no processo de deliberação dos consórcios. Além disso, é buscado entender também de que forma é feita a interação e a integração dos associados nas atividades e ações de saúde a serem desenvolvidas por tais entidades.
Controle	Corresponde aos mecanismos de controle institucionalizados que permitem a fiscalização das ações e da função do representante por parte dos consorciados.
Sanção	Corresponde às consequências das condutas dos agentes representativos e dos consorciados.

Fonte: Elaboração própria com base em Martins (2015)

Com relação à confiabilidade, foi possível obtê-la por meio da coleta de dados, já que a mesma foi realizada a partir de informações disponibilizadas em vias públicas pelos consórcios, como, por exemplo, websites dos consórcios e das prefeituras dos municípios consorciados. Além disso, foi realizado contato telefônico e via e-mail com o intuito de conseguir documentos como, por exemplo, os Protocolos de Intenção e os Estatutos dos CIS-MG. Assim, entende-se que as informações são confiáveis uma vez que foram disponibilizadas pelos próprios consórcios.

Pela cobertura populacional, é possível destacar que foram obtidos 34 Protocolos de Intenção e 28 Estatutos dos 77 CIS-MG. Além disso, destes 77, 6 disseram não possuir protocolo vigente, como é o caso dos seguintes consórcios: CISAJE; CISCAXAMBÚ; CISMIRECAR; CISRUN; IPER. Com relação aos motivos de não serem encontrados os Protocolos de Intenção dos 6 CIS anteriormente apresentados, o que foi respondido é que: a) o consórcio está se adequando às leis; b) o consórcio está em transição (Direito Privado para Direito Público).

Com relação à composição do IACIS, o mesmo foi formado por 16 questões, que estão dispostas no Quadro 3.

Quadro 3: Questões para a composição do IACIS

Perguntas para a composição do IACIS	
1 - Informação Transparente	O consórcio possui website?
	O consórcio disponibiliza o Protocolo de Intenções?
	O consórcio disponibiliza o Estatuto?
	O consórcio disponibiliza o Contrato de Rateio?
	O consórcio disponibiliza o Contrato de Programa?
	O consórcio disponibiliza informações sobre as licitações?
	O consórcio disponibiliza as atas das reuniões?
	Há frequência na divulgação de informações?
2 - Participação e Interação	O consórcio dispõe de meios de comunicação?
	A assembleia geral é a instância máxima do consórcio?
	As assembleias são marcadas com antecedência?
	O consórcio possui ouvidoria?
	No Protocolo de Intenções/Estatuto há informações que remetem à participação dos associados nas deliberações do consórcio?
3 - Mecanismos de Controle	O consórcio possui algum órgão de controle? (Tais como Conselho Fiscal e/ou Conselho de Prefeitos).
	Os membros dos órgãos de controle são eleitos diretamente pelos associados?
4 - Sanção	Nas formas contratuais disponibilizadas, o consórcio divulga informações relativas à premiação e/ou punição dos consorciados?

Fonte: Elaboração própria

O critério para definição da pontuação e o peso das questões que incorporaram o IACIS foi o mesmo utilizado por Rezende et al. (2009). Assim, foi atribuída a pontuação da questão igual a 1 (um) quando prática de *accountability* foi identificada plenamente; 0,5 (meio) quando esta prática foi verificada parcialmente; e 0 (zero) quando não havia ou não foi possível identificar determinada prática.

Com relação ao peso de cada questão, foi delimitado que quanto maior o número de questões para avaliar uma dimensão, menor o peso individual de cada questão. Isso foi realizado por meio da inversão do resultado arredondado sem casas decimais, da razão entre o número de questões de uma dimensão e o número total de questões do índice. A equação (1), corresponde ao peso inerente a cada questão da dimensão.

$$PD = \frac{N_QD}{TQ_IACIS} \quad (1)$$

Em que: PD representa o peso por dimensão; N_QD representa o número de questões por dimensão do IACIS; e TQ_IACIS refere-se ao total de questões do IACIS. Assim, as quatro dimensões do estudo receberam os seguintes pesos: Informação Transparente – peso 2; Participação e Interação – peso 3; Mecanismos de Controle – peso 8; Sanção – peso 16. A equação (2), exemplifica o cálculo realizado para o peso de cada categoria.

$$PD_{\text{Informação Transparente}} = \frac{N_QD}{TQ_IACIS} = \frac{8}{16} = 0,5 \Rightarrow \frac{1}{0,5} = 2 \text{ (peso)} \quad (2)$$

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados decorrentes da criação do IACIS. Antes, porém, de apresentar a mensuração dos CIS-MG com base nas dimensões do índice que foi criado, apresenta-se a Tabela 1, na qual se expõe a estatística descritiva do mesmo.

Tabela 1: Estatística descritiva IACIS

Estatísticas descritivas							
IACIS	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
	4,761	100,000	46,742	37,929	1438,609	-0,065	-1,910

Fonte: Elaboração própria

O IACIS varia entre 0 e 100, sendo 100 o valor máximo. Assim, por meio da Tabela 1, é possível afirmar que existe(m) consórcio(s) intermunicipal(is) de saúde em Minas Gerais que dispõe(m) de informações relativas a todas as dimensões analisadas. Além disso, é possível dizer também que existe(m) consórcios que apresenta(m) valores muito baixos relativos às práticas de *accountability*, conforme observado pelo valor mínimo (4,761).

Pode-se afirmar que a média (46,742) é quase dez vezes maior que o mínimo (4,761) e o desvio padrão (37,929) possui valor próximo à média (26,742), indicando que, com relação às práticas de *accountability*, os CIS-MG são heterogêneos. Isso também pode ser comprovado se observada a variância encontrada (1438,609), conforme dados apresentados na Tabela 1.

Os valores de assimetria (-0,065) e curtose (-1,910) são negativos, indicando que não há uma aproximação da distribuição dos indicadores à curva da normal. Além disso, pode-se

afirmar que a concentração dos valores é à direita e também que a curva de distribuição é achatada.

A fim de explorar o IACIS foi realizado também um teste de normalidade do Índice, tomando por base o teste de Kolmogorov-Smirnov. Com base no valor demonstrado pelo teste (0,000) e tomando por base um nível de confiança de 95%, pode-se então rejeitar a hipótese nula de que o índice segue uma distribuição normal.

Os scores obtidos por cada CIS-MG com base no IACIS são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Os CIS-MG de acordo com o IACIS

(continua)

	Consórcio	Scores por dimensão								Total	Total
		1	%	2	%	3	%	4	%	Score	%
1	CINSC	16	100,0	15	100,0	16	100,0	16	100,0	63	100,0
2	CISDESTE	14	87,5	15	100,0	16	100,0	16	100,0	61	96,8
3	CISTRI	14	87,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	58	92,1
4	CISMAS	10	62,5	15	100,0	16	100,0	16	100,0	57	90,5
5	CISURGOESTE	10	62,5	15	100,0	16	100,0	16	100,0	57	90,5
6	CISMEP	12	75,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	56	88,9
7	CISREC	12	75,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	56	88,9
8	CISTM	12	75,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	56	88,9
9	CISALV	16	100,0	15	100,0	8	50,0	16	100,0	55	87,3
10	CISAMAPI	16	100,0	15	100,0	8	50,0	16	100,0	55	87,3
11	CISNORJE	8	50,0	15	100,0	16	100,0	16	100,0	55	87,3
12	CISRUCENTROSUL	8	50,0	15	100,0	16	100,0	16	100,0	55	87,3
13	CISSUL-SAMU	8	50,0	15	100,0	16	100,0	16	100,0	55	87,3
14	CISAMVAP	10	62,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	54	85,7
15	CISVER	10	62,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	54	85,7
16	CISVI	10	62,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	54	85,7
17	CIAS	8	50,0	13,5	90,0	16	100,0	16	100,0	53,5	84,9
18	ACISPES	9	56,3	12	80,0	16	100,0	16	100,0	53	84,1
19	CIDESLESTE	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
20	CISCEL	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
21	CISCIRCUITODASÁGUAS	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
22	CISMARG	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
23	CISMIV	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
24	CISPONTAL	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
25	CISREUNO	8	50,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	52	82,5
26	CISAPVP	6	37,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	50	79,4
27	CISARVG	6	37,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	50	79,4
28	CISMEV	6	37,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	50	79,4
29	CISMISEL	6	37,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	50	79,4
30	CISPARANAÍBA	6	37,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	50	79,4
31	CISLESTE	4	25,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	48	76,2

Tabela 2: Os CIS-MG de acordo com o IACIS

(continuação)

	Consórcio	Scores por dimensão								Total	Total
		1	%	2	%	3	%	4	%	Score	%
32	CISMESF	4	25,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	48	76,2
33	CISVALEGRAN	4	25,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	48	76,2
34	CONVALES	4	25,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	48	76,2
35	SIMSAÚDE	4	25,0	12	80,0	16	100,0	16	100,0	48	76,2
36	CISPARÁ	2	12,5	12	80,0	16	100,0	16	100,0	46	73,0
37	CONSAÚDE	8	50,0	12	80,0	8	50,0	16	100,0	44	69,8
38	CISARP	4	25,0	12	80,0	8	50,0	16	100,0	40	63,5
39	CIESP	6	37,5	15	100,0	16	100,0	0	0,0	37	58,7
40	CIMBAJE	6	37,5	15	100,0	16	100,0	0	0,0	37	58,7
41	CISALP	4	25,0	12	80,0	0	0,0	16	100,0	32	50,8
42	CISRUN	4	25,0	6	40,0	8	50,0	0	0,0	18	28,6
43	CONSURGE	6	37,5	3	20,0	8	50,0	0	0,0	17	27,0
44	CISAMESP	6	37,5	6	40,0	0	0,0	0	0,0	12	19,1
45	CISDOCE	6	37,5	3	20,0	0	0,0	0	0,0	9	14,3
46	CISCAPARAÓ	4	25,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	7	11,1
47	CISLAGOS	4	25,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	7	11,1
48	CISMIRECAR	4	25,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	7	11,1
49	CISNORTE	4	25,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	7	11,1
50	CISEVMJ	2	12,5	3	20,0	0	0,0	0	0,0	5	7,9
51	CISAJE	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
52	CISAMSF	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
53	CISASF	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
54	CISCAXAMBÚ	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
55	CISCEN	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
56	CISCOM	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
57	CISGRÃOMOGOL	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
58	CISLAP	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
59	CISLAV	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
60	CISLESTE - GV	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
61	CISMARPA	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
62	CISMEJE	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
63	CISMEM	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
64	CISMEPI	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
65	CISMMA	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
66	CISNES	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
67	CISPORTAL	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
68	CISSM	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
69	CISSUL	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
70	CISUM	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
71	CISUNIÃOGERAL	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
72	CISVALES	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
73	CISVAS	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8

Tabela 2: Os CIS-MG de acordo com o IACIS

(conclusão)

	Consórcio	Scores por dimensão								Total	Total
		1	%	2	%	3	%	4	%	Score	%
74	CISVERDE	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
75	CONSARDOCE	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
76	CONSONORTE	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8
77	IPER	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	4,8

Fonte: Elaboração própria

Conforme observado na Tabela 2, apenas em um consórcio foram observadas todas as práticas de *accountability* analisadas neste estudo, o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi, (CINSC), que possui quatro municípios consorciados, sendo eles: Capitólio, Doresópolis, Pimenta e Piumhi. Por outro lado, vinte e sete consórcios apresentaram os piores indicadores (4,8%) relacionados às práticas de *accountability*.

Ressalta-se, no entanto, que seis dos vinte e sete CIS-MG anteriormente mencionados, não possuem protocolo vigente, como é o caso dos seguintes consórcios: CISAJE; CISCAXAMBÚ; CISMIRECAR; CISRUN; IPER. Além disso, apesar de constar nas informações divulgadas pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais que os consórcios CIAS e CISARP possuem website, no momento da realização da coleta de dados, não foi conseguido acessá-los, o que pode ter comprometido a posição dos mesmos na Tabela 2.

Com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados encontrados, optou-se por apresentá-los a partir das dimensões do IACIS.

4.1 Informação Transparente

Conforme observado, apenas vinte e seis dos setenta e sete Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais apresentaram práticas relativas à Informação Transparente maiores que a metade (8 = 50%) do *score* total dessa dimensão (16 = 100%). Além disso, pôde ainda ser visualizado que vinte e sete consórcios não apresentam informações relativas a esta dimensão, apresentando *score* zero.

Com relação aos maiores indicadores, apresentam-se os consórcios CINSC, CISDESTE e CISTRI, com *scores* relativos a esta dimensão maiores que 87,5%. Com relação às questões que fizeram com que o CISDESTE e o CISTRI não atingissem o *score* máximo, ressalta-se a não divulgação do Contrato de Programa de ambos os consórcios.

O pior indicador, por sua vez, sem considerar os consórcios com *score* nulo, pertence ao CISEVMJ e ao CISPÁRÁ. No caso do primeiro, somente foi observada a existência de website da entidade e, no caso do segundo, somente foi conseguido acesso ao Protocolo de Intenções.

Entendendo a informação transparente como a divulgação de informações de maneira transparente, justificando as decisões e prestando conta dos atos de forma confiável e inteligível, é possível afirmar que os CIS-MG não apresentam bons indicadores relativos à divulgação de informações, se observados de maneira geral. Assim, ressalta-se a importância desta dimensão, pois para que os consórcios consigam cooperar e realizar ações em prol da população consorciada, são necessários alicerces que tenham como referência a transparência, o controle, a prestação de contas e a ética (HENRICHES; MEZA, 2017).

4.2 Participação e Interação

Com base na observação da Tabela 2, nota-se que a segunda dimensão (Participação e Interação) foi aquela em que todos os consórcios analisados apresentaram práticas de *accountability*. Isso pode ser explicado pelas informações divulgadas pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, que apresentam alguns meios de comunicação dos consórcios, tais como e-mail e telefone.

Mesmo que todos os consórcios adotem, práticas relativas à Participação e Interação, trinta e seis dos setenta e sete consórcios analisados apresentam indicadores iguais ou inferiores a 40% das informações pesquisadas (Tabela 2). Isso indica também uma carência dos CIS-MG e uma heterogeneidade dos mesmos se comparados uns aos outros.

Uma vez que a participação é entendida neste estudo como à participação dos consorciados no processo de deliberação dos consórcios e a interação compreendida como a maneira de interagir e integrar os associados nas atividades e ações de saúde a serem desenvolvidas por tais entidades, é possível afirmar que tais conceitos ainda não estão fortalecidos nos CIS-MG e que tais estruturas ainda carecem de “interações dialógicas entre os partícipes, tendo cada um deles, acesso à(s) proposta(s) do outro, para inclusive, questioná-las acerca da viabilidade de implementação ou para sugerir aperfeiçoamentos a elas” (GALVÃO, 2016, p. 224).

4.3 Mecanismos de Controle

Com relação aos Mecanismos de Controle notou-se que todos os 42 consórcios que apresentam práticas de *accountability* referentes a esta dimensão, possuem indicadores iguais ou maiores a 50% do total do *score* da dimensão. Apesar disso, outros 35 consórcios analisados não apresentam pontuação relativa a esta dimensão.

No caso do CISALP, que ocupa a posição 41 e apresenta pontuação para todas as dimensões, exceto a dimensão 3, pode-se destacar que quanto aos documentos, obteve-se acesso apenas ao Protocolo de Intenções, e quanto à sua análise, não foram identificados órgãos de fiscalização, já que a sua estrutura é formada por: I – Assembleia Geral; II – Presidência; III – Secretaria Executiva; IV – Conselho de Secretários. Sendo que, na descrição do Conselho de Secretários havia somente o que é apresentado no recorte (R1):

CLAUSULA 24. O Conselho de Secretários composto pelos Secretários Municipais de Saúde dos entes consorciados, ou cargo congênere.

PARÁGRAFO ÚNICO. Os estatutos disciplinarão a competência e funcionamento do Conselho de Secretários.

Dessa forma, como não foi obtido acesso ao Estatuto do consórcio em questão, não foi possível identificar se “O consórcio possui algum órgão de controle. Tais como Conselho Fiscal e/ou Conselho de Prefeitos” e ainda se “Os órgãos de controle são eleitos diretamente pelos associados”, sendo, portanto, atribuído o valor nulo (0) para tal dimensão ao consórcio em questão.

Apesar de haver a presença da dimensão controle de forma incisiva (indicadores iguais ou maiores a 50% do total do *score* da dimensão) na maioria dos consórcios analisados, destaca-se que deveriam haver outros mecanismos e ainda maior incidência de mecanismos de controle institucionalizados nos CIS-MG, que tem por intuito permitir a fiscalização das ações e da função do representante por parte dos consorciados. Assim, conforme apresentado por Arantes et al. (2010), as práticas de *accountability* não devem se pautar no processo eleitoral, mas em continuados instrumentos que permitam verificar o comportamento dos representantes públicos.

4.4 Sanção

Conforme observado, os indicadores relativos a esta dimensão as apresentaram em 100% do *score* total para 38 consórcios. Isso se justifica por tal dimensão ser composta apenas por uma questão e também, por não serem observadas informações parciais relativas a tal dimensão, que pudessem ser classificadas em 0,5.

Embora muitos consórcios fossem classificados nesta dimensão com 100% no que se refere aos indicadores, trinta e oito dos setenta e sete consórcios analisados apresentaram indicadores iguais a zero.

A partir dos dados apresentados nesta seção, que tem por objetivo realizar a análise dos indicadores criados, pode-se afirmar que muitos dos setenta e sete consórcios analisados não são bem avaliados enquanto “praticantes” da *accountability*. Como foi observado nas dimensões aqui discutidas, mais de 35% (27 dos 77) dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais não apresentam indicadores relativos à Informação Transparente, Mecanismos de Controle e Sanção.

Dessa forma, os resultados deste estudo corroboram com o que foi apresentado por O'Donnell (1998), onde o autor afirma que em muitos países americanos existe a *accountability* vertical, principalmente pelo fato dos cidadãos poderem escolher os representantes, no entanto, não é possível afirmar que esta forma de *accountability* consiste num bom instrumento para controlar, punir e/ou premiar os representantes públicos, já que não há a continuidade do controle. Além disso, o autor ressalta ainda que a *accountability* horizontal, nesses países, ainda constitui em um instrumento enfraquecido, no sentido de que o controle também não é realizado por órgãos externos tal como deveria ser.

Ressalta-se ainda, conforme apresentado pelos estudos de Campos (1990) e Pinho e Sacramento (2009), que não existe um conceito formado para *accountability*. Apesar disso, é reconhecido que a prática *accountable* no Brasil avançou com relação à época de Campos (1990), no entanto, o Brasil ainda muito longe de construir uma verdadeira cultura de *accountability* (PINHO; SACRAMENTO, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste artigo, foi possível mensurar as práticas de *accountability* nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

O indicador criado (IACIS) permitiu identificar através de quatro dimensões (1 - Informação Transparente; 2 - Participação e Interação; 3 - Controle; 4 - Sanção), a adoção de práticas de *accountability* pelos 77 Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.

Constatou-se a presença de práticas de *accountability* em 54% dos consórcios analisados, entretanto, os *scores* por dimensão diferem entre eles. Sendo a dimensão Participação e Interação aquela em que todos os consórcios manifestaram a existência de práticas e as dimensões Informação Transparente, Controle e Sanção aquelas onde não houveram práticas encontradas em todos os consórcios. Na dimensão Informação Transparente, 50 CIS-MG obtiveram *scores* diferentes de zero, na dimensão Controle 42 consórcios apresentaram *scores* não nulos e na dimensão Sanção apenas 39 CIS-MG manifestaram práticas de *accountability*.

Assim, pôde-se afirmar que os consórcios são considerados heterogêneos com relação à adoção das práticas de *accountability*, já que também na análise descritiva do IACIS, foi verificado que a média (46,74) é quase dez vezes maior que o mínimo (4,76) e o desvio padrão (37,92) possui valor bem próximo a média (46,74). Além disso, reforça-se o que foi afirmado pela observância da variância encontrada (1438,60).

Ressaltou-se ainda os baixos valores relativos ao IACIS apresentados por mais de 35% dos CIS-MG, que já não surpreendem, haja vista que a adoção de práticas de *accountability* por gestores públicos contrasta com alguns traços ainda presentes na administração pública brasileira – patrimonialismo, burocracia, gerencialismo. Estando também presente certa característica de aversão à avaliação, ao monitoramento, à transparência, à participação e aos mecanismos de controle, embora estas estejam cada vez mais existentes em diversos setores da sociedade.

O artigo contribuiu para com a literatura no que concerne aos consórcios públicos, principalmente aos consórcios intermunicipais de saúde, na medida em que apresentou a construção de um novo indicador até então não encontrado na literatura para o fim e a partir das dimensões aqui utilizadas.

Para os gestores públicos o artigo contribuiu por apresentar um indicador que pode ser utilizado como parâmetro para a formulação de políticas públicas, por exemplo. Além disso, o artigo também reforça a importância das estruturas públicas de cooperação, que podem ser consideradas estratégias frente às dificuldades encontradas pelo poder público municipal.

O artigo apresenta limitações por não conter dados primários que confirmam as informações aqui apresentadas. No entanto, conforme destacado no decorrer do estudo, as

informações buscadas vieram de fontes confiáveis, já que foram coletadas nos próprios consórcios e/ou em prefeituras consorciadas.

Como sugestões para estudos futuros, pode-se aprimorar o índice, incorporando novas variáveis e dimensões. Além disso, pode-se buscar avaliar os consórcios presentes em outros entes da federação, com o objetivo de compará-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Finanças públicas, democracia e accountability: debate teórico e o caso brasileiro. ARVATE, P. R.; BIDERMAN, C. **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro. Elsevier, p. 75-102, 2004.

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

ARANTES, R. B; LOUREIRO, M. R; COUTO, C; TEIXEIRA, M. A. C. Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, tribunais de contas, Judiciário e Ministério Público. In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L. e PACHECO, R. S. (orgs.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

BATISTA, S. **O papel dos dirigentes municipais e regionais na criação e gestão dos consórcios públicos** / Sinoel Batista ... [et al.]. Guia de Consórcios Públicos. Caderno v. 2 – 1. ed. – Brasília, DF. Caixa Econômica Federal, 276 p., 2011.

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

_____. **Ministério da Saúde**. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília, 1997.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, p. 1-24, 2006.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?. **Revista de administração pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990.

CARNEIRO, C. Governança e Accountability: algumas notas introdutórias. **Texto para discussão**, p. 1–14, 2004.

COY, D; DIXON, K. The public accountability index: crafting a parametric disclosure index for annual reports. **The British Accounting Review**, v. 36, p. 79-106, 2004.

DIEGUEZ, R. C. Consórcios Intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise. **Cadernos do Desenvolvimento**, p. 291, 2011.

GALVÃO, C. D. B. **Consórcios públicos: Uma nova perspectiva jurídico-política**. / Ciro Di Benatti Galvão. – 2. Ed. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

HENRICHES, J. A; MEZA, M. L. F. G. Governança multinível para o desenvolvimento regional: um estudo de caso do Consórcio Intermunicipal da Fronteira. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1, p. 124-138, 2017.

JANNUZZI, P. D. M. Indicadores para Diagnóstico, Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 2, p. 137–160, 2005.

LACZYNSKI, P; TEIXEIRA, M. A. C. Os limites de um consórcio intermunicipal em condições assimétricas de poder: o caso do CINPRA no Maranhão. **Cadernos Adenauer XII**, n. 4, p. 141–160, 2011.

MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MARTINS, F. J. O. **Accountability no regime próprio de previdência dos servidores públicos municipais: análise do IPREVI - Viçosa/MG**. Dissertação do Mestrado em Administração – Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Brasília: Ministério da Saúde, 32p., 1997

MISOCKZKY, M. C. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o falso dilema entre o público e o privado. In Encontro da ANPAD, XXII, Foz do Iguaçu, 2014. **Anais...** Foz do Iguaçu, ANPAD, 2014.

NEVES, L. A. **Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Penápolis (SP): elementos de cooperação política**. Dissertação (mestrado em saúde pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

O'DONNELL, G. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua nova**, v. 44, n. 98, p. 27-54, 1998.

PEREIRA, P. A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Revista Ser Social**, v. 10, n. 10, p. 33-56, 2010.

PERUZZOTTI, E; SMULOVITZ, C. Accountability social: la otra cara del control. **Controlando la política. Ciudadanos y medios en las nuevas democracias latinoamericanas**, Buenos Aires, Corpo Editorial Temas, p. 23-52, 2002.

PINHO, J. A. G; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico - 2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

RAVANELLI, P. Consórcios Públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre os entes federados. In: III Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília, 2010. **Anais...** Brasília, CONSAD, 2010.

REZENDE, A. J; FACURE, C. E. F; DALMÁCIO, F. Z. Práticas de governança corporativa em organizações sem fins lucrativos. In: **Anais do Congresso USP de Controladoria e Contabilidade**, São Paulo, São Paulo, Brasil. 2009.

ROCHA, C. V; FARIA, C. A. P. 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, n. 11, n. 1, p. 73-106, 2004.

RODRIGUES, M. L. Consórcio Intermunicipal de Saúde da microrregião de São Luiz Gonzaga (COIS): um estudo de caso. **Trabalho de conclusão de curso - Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública**. Escola de Administração da Universidade Federal Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANO, H; ABRUCIO, F. L. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Editora Fiocruz, p. 213-246, 2013.

SCHEDLER, A. Conceptualizing accountability. **The self-restraining state: Power and accountability in new democracies**, v. 14, 1999.

STRELEC, T. C. A Lei de Consórcios Públicos como Instrumento de Cooperação Federativa no âmbito da Educação. In Encontro de Administração Pública da ANPAD, VI, Belo Horizonte, 2014. **Anais...** Belo Horizonte, ANPAD, 2014.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TEIXEIRA, C. F; SOUZA, L. E. P. F; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: **Paim J. S, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática**. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-138.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. Atlas, 2005.

CONCLUSÕES GERAIS

Por meio desta dissertação foi possível compreender e analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais à luz da *Accountability* e da Teoria da Agência no setor público. A compreensão e a análise se deram a partir da identificação de elementos da Teoria da Agência (Relação de Agência) e da *Accountability* (Informação Transparente; Participação e Interação; Mecanismos de Controle; Sanção).

Percebeu-se que os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais são heterogêneos entre si se comparadas as variáveis socioeconômicas dos mesmos. Haja vista que, principalmente no primeiro artigo, foi possível compreender que tais diferenças encontradas entre os municípios pertencentes aos CIS-MG podem ser passíveis das desigualdades regionais encontradas também no estado de Minas Gerais, já que suas mesorregiões são também heterogêneas se comparadas umas às outras.

Diante das diferenças encontradas quando analisados os CIS-MG a partir dos municípios que os compõe e ainda, pelo agrupamento de tais estruturas por meio da Análise de Cluster, foi possível apresentar mecanismos de governança, principalmente da Teoria da Agência, que se voltam para a relação dos agentes e visam a diminuição dos chamados Problemas de Agência. Além disso, práticas de *accountability* foram também analisadas já as mesmas têm, a capacidade de potencializar elementos como a confiabilidade, a eficiência, a melhoria das relações entre os consorciados e prestadores de serviços e, conseqüentemente, melhores entregas (de serviços) à sociedade.

Assim, tomando por base o artigo dois, que constituiu o alicerce deste estudo, foi possível encontrar tipos de Relação de Agência inseridos nos CIS (Relação Assembleia-Presidente; Relação Presidente-Secretário); elementos que evidenciavam a categoria Informação Transparente, sendo encontradas divergências quanto às informações relativas às atas e aos documentos dos CIS; representações, envolvimento e interações internas e externas que ditassem a dimensão Participação, sendo destacadas parcerias e o desenvolvimento de estudos e ações conjuntas entre os consorciados e outros agentes com vistas a promover a saúde; os agentes responsáveis pelo controle e fiscalização, tanto interna quanto externa, nos CIS-MG foram apresentados na categoria Controle; além das conseqüências positivas e negativas dos consorciados e dos atores que pertencem aos CIS-MG que foram apresentadas na categoria Sanção.

Assim, muitos elementos e teorias foram encontrados enquanto inseridos nas estruturas dos CIS-MG, no entanto, foi destacado que existem ainda alguns mecanismos e conceitos que, se fossem encontrados e/ou melhor explorados em tais estruturas, poderiam

minimizar comportamentos oportunistas de alguns agentes e ainda, auxiliar no controle. Tais elementos estariam relacionados ao que Peruzzotti e Smulovitz (2002), O' Donnell, (1998) e Schedler (1999) chamaram de *accountability* política, *accountability* horizontal e *enforcement*, respectivamente.

Além das práticas e elementos observados no artigo 2, o artigo 3 ainda possibilitou a criação do Índice de *Accountability* dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (IACIS), que foi composto por quatro dimensões (Informação Transparente, Participação e Interação, Controle e Sanção). Além da observação de que, quanto às práticas de *accountability* os CIS-MG também são considerados heterogêneos, tendo em vista a análise descritiva do índice, já que a variância do mesmo foi considerada alta (1438,60) e a média (46,74) é quase dez vezes maior que o mínimo (4,76) e o desvio padrão (37,92) possui valor bem próximo a média (46,74).

Ainda com relação ao IACIS, ressaltou-se que os *scores* correspondentes aos CIS-MG foram considerados baixos, já que mais de 35% dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais não apresentam indicadores relativos à Informação Transparente, Mecanismos de Controle e Sanção. Apesar disso, foi ressaltado que os baixos valores não surpreendem, já que a adoção de práticas de *accountability* por gestores públicos contrasta com alguns traços ainda presentes na administração pública brasileira – patrimonialismo, burocracia, gerencialismo. Estando também presente certa característica de aversão à avaliação, ao monitoramento, à transparência, à participação e aos mecanismos de controle, embora estas estejam cada vez mais existentes em diversos setores da sociedade.

As contribuições deste estudo, consistiram no avanço à literatura existente, não só pela construção do IACIS, mas também pela discussão de um assunto ainda pouco discutido nos estudos da área, conforme foi destacado por Machado e Andrade (2014). Além disso, foi possível também chamar a atenção de gestores públicos e da sociedade civil, já que apresentou-se a importância de estruturas públicas de cooperação, como alternativa para diminuir as dificuldades encontradas na gestão pública.

O estudo apresentou limitações por não analisar outros documentos emitidos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, tais como os Contratos de Rateio e os Contratos de Programa. Além disso, não foram utilizadas fontes primárias que pudessem evidenciar o que neste estudo foi compreendido. No entanto, conforme destacado no decorrer do estudo, as informações buscadas vieram de fontes confiáveis, já que foram coletadas nos próprios consórcios e/ou em prefeituras consorciadas.

REFERÊNCIAS GERAIS

ARANTES, R. B; LOUREIRO, M. R; COUTO, C; TEIXEIRA, M. A. C. Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, tribunais de contas, Judiciário e Ministério Público. In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L. e PACHECO, R. S. (orgs.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

BROADBENT, J; DIETRICH, M; LAUGHLIN, R. The development of principal-agent, contracting and accountability relationships in the public sector: Conceptual and cultural problems. **Critical perspectives on accounting**, v. 7, n. 3, p. 259-284, 1996.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?. **Revista de administração pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990.

JENSEN, M. C; MECKLING, W. H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of financial economics**, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976.

MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

O'DONNELL, G. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua nova**, v. 44, n. 98, p. 27-54, 1998.

PERUZZOTTI, E; SMULOVITZ, C. Accountability social: la otra cara del control. **Controlando la política. Ciudadanos y medios en las nuevas democracias latinoamericanas**, Buenos Aires, Corpo Editorial Temas, p. 23-52, 2002.

PINHO, J. A. G; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

SCHEDLER, A. Conceptualizing accountability. **The self-restraining state: Power and accountability in new democracies**, v. 14, 1999.

APÊNDICE A - Relação de municípios que participam dos CIS-MG

Um consórcio
Abadia dos Dourados, Abre Campo, Acaiaca, Água Comprida, Além Paraíba, Alto Caparaó, Alto Jequitibá, Alvinópolis, Alvorada de Minas, Amparo do Serra, Araponga, Arapuá, Araújos, Augusto de Lima, Bambuí, Barra Longa, Belo Horizonte, Bocaina de Minas, Bom Despacho, Bonfim, Cachoeira de Pajeú, Caeté, Cajuri, Campo Florido, Canaã, Carmo da Mata, Carneirinho, Carvalhos, Chalé, Coluna, Comendador Gomes, Comendador Levy Gasparian, Conceição das Alagoas, Conceição das Pedras, Conceição de Ipanema, Corinto, Coronel Fabriciano, Córrego Fundo, Crucilândia, Delta, Diogo de Vasconcelos, Divisópolis, Dom Joaquim, Dom Silvério, Esmeraldas, Estrela do Indaiá, Extrema, Felício dos Santos, Formiga, Fortaleza de Minas, Frei Inocêncio, Frutal, Governador Valadares, Guaraciaba, Guaxupé, Igarapé, Iguatama, Ipanema, Iraí de Minas, Itabirito, Itambé do Mato Dentro, Itapagipe, Itaú de Minas, Jequeri, Juatuba, Juiz de Fora, Lagoa da Prata, Lajinha, Liberdade, Luisburgo, Luz, Manhuaçu, Manhumirim, Mariana, Martins Soares, Mata Verde, Matutina, Medeiros, Moeda, Monte Santo de Minas, Montes Claros, Morada Nova de Minas, Morro do Pilar, Mutum, Muzambinho, Nova Era, Nova Lima, Nova Ponte, Nova União, Oratórios, Ouro Fino, Ouro Preto, Paineiras, Pains, Paraisópolis, Passabém, Passa-Vinte, Passos, Patos de Minas, Paula Cândido, Pedra Azul, Pedra do Anta, Piedade de Ponte Nova, Piedade dos Gerais, Pirajuba, Pirapetinga, Planura, Pocrane, Pompéu, Ponte Nova, Porto Firme, Raul Soares, Reduto, Ribeirão das Neves, Rio Casca, Rio Doce, Rio Manso, Sabará, Santa Cruz do Escalvado, Santa Juliana, Santa Luzia, Santa Margarida, Santa Maria de Itabira, Santa Rosa da Serra, Santana do Manhuaçu, Santo Antônio do Aventureiro, Santo Antônio do Gramma, Santo Antônio do Monte, Santo Antônio do Retiro, Santo Antônio do Rio Abaixo, São Francisco de Sales, São João Batista do Glória, São João Del Rei, São João do Manhuaçu, São Joaquim de Bicas, São José da Barra, São José do Goiabal, São Miguel do Anta, São Pedro dos Ferros, São Roque de Minas, Sem-Peixe, Serra Azul de Minas, Serra da Saudade, Simonésia, Taparuba, Tapira, Taquaraçu de Minas, Teixeiras, Teófilo Otoni, Toledo, Uberaba, União de Minas, Urucânia, Vargem Bonita, Veríssimo, Viçosa.
Dois consórcios
Abaeté, Água Boa, Aguanil, Águas Formosas, Águas Vermelhas, Aimorés, Aiuruoca, Alagoa, Alfenas, Alfredo Vasconcelos, Almenara, Alpinópolis, Alterosa, Alto Rio Doce, Andradas, Andrelândia, Angelândia, Antônio Carlos, Antônio Dias, Antônio Prado de Minas, Araçá, Aracitaba, Araçuaí, Arantina, Arceburgo, Arcos, Areado, Argirita, Aricanduva, Arinos, Astolfo Dutra, Ataléia, Baependi, Baldim, Bandeira, Barão de Cocais, Barão de Monte Alto, Barbacena, Barroso, Bela Vista de Minas, Belmiro Braga, Belo Oriente, Belo Vale, Berilo, Berizal, Bertópolis, Betim, Bías Fortes, Bicas, Biquinhas, Boa Esperança, Bocaiúva, Bom Jardim de Minas, Bom Jesus da Penha, Bom Jesus do Amparo, Bom Repouso, Bom Sucesso, Bonfinópolis de Minas, Bonito de Minas, Borda da Mata, Botumirim, Brás Pires, Brasilândia de Minas, Brasília de Minas, Brasópolis, Braúnas, Brumadinho, Bueno Brandão, Buenópolis, Bugre, Buritis, Buritizeiro, Cabeceira Grande, Cachoeira da Prata, Cachoeira de Minas, Caetanópolis, Caiana, Caldas, Camacho, Camanducaia, Cambuí, Cambuquira, Campanha, Campestre, Campo Azul, Campo Belo, Campo do Meio, Campos Gerais, Cana Verde, Candeias, Cantagalo, Caparaó, Capela Nova, Capelinha, Capetinga, Capim Branco, Capitão Enéas, Capitólio, Caraí, Caranaíba, Carandaí, Carangola, Carbonita, Careacú, Carlos Chagas, Carmésia, Carmo da Cachoeira, Carmo de Minas, Carmo do Cajuru, Carmo do Paranaíba, Carmo do Rio Claro, Carmópolis de Minas, Carrancas, Carvalhópolis, Casa Grande, Cássia, Cataguases, Catas Altas, Catas Altas da Noruega, Catuti, Caxambu, Cedro do Abaeté, Central de Minas, Chácara, Chapada do Norte, Chiador, Cipotânea, Claraval, Claro dos Poções, Coimbra, Comercinho, Conceição da Aparecida, Conceição da Barra de Minas, Conceição do Mato Dentro, Conceição do Rio Verde, Cônego Marinho, Confins, Congonhal, Congonhas, Congonhas do Norte, Conselheiro Lafaiete, Conselheiro Pena, Consolação, Contagem, Coqueiral, Cordisburgo, Cordislândia, Coroaci, Coromandel, Coronel Murta, Coronel Pacheco, Coronel Xavier Chaves, Córrego Danta, Córrego do Bom Jesus, Couto de Magalhães de Minas, Crisólita, Cristais, Cristália, Cristiano Otoni, Cristina, Cruzeiro da Fortaleza, Cruzília, Curvelo, Datas, Delfim Moreira, Delfinópolis, Descoberto, Desterro de Entre Rios, Desterro do Melo, Diamantina, Dionísio, Divinésia, Divino, Divino das Laranjeiras, Divinolândia de Minas, Divinópolis, Divisa Alegre, Dom Bosco, Dom Viçoso, Dona Eusébia, Dolores de Campos, Dolores de Guanhanes, Dolores do Indaiá, Dolores do Turvo, Doloresópolis, Engenheiro Caldas, Engenheiro Navarro, Entre Rios de Minas, Ervália, Espera Feliz, Espinosa, Espírito Santo do Dourado, Estiva, Estrela Dalva, Eugenópolis, Ewbank da Câmara, Fama, Faria Lemos, Felisburgo, Felixlândia, Ferros, Fervedouro, Formoso, Fortuna de Minas, Francisco Badaró, Francisco Dumont, Francisco Sá, Frei Lagonegro, Fronteira dos Vales, Funilândia, Galiléia, Gameleiras, Glaucilândia, Goiabeira, Goianá, Gonçalves, Gouveia, Grão Mogol, Guanhanes, Guapé, Guaraciama, Guaraniésia, Guarani, Guarará, Guidoal, Guimarânia, Guiricema, Heliodora, Ibertioga, Ibiaí, Ibiracatu, Ibiraci, Ibitiré, Ibituruna, Icaraí de Minas, Ijaci, Ilícinea, Inconfidentes, Indaiabira, Ingai, Inhaúma, Inimutaba, Ipaba, Ipatinga, Itabira, Itabirinha, Itacambira, Itacarambi, Itaguara, Itajubá, Itamarandiba, Itamarati

de Minas, Itamogi, Itamonte, Itanhandu, Itanhomi, Itaobim, Itapecerica, Itapeva, Itatiaiuçu, Itaúna, Itaverava, Itinga, Itueta, Itumirim, Jaboticatubas, Jacinto, Jacuí, Jacutinga, Jaguarauçu, Jaíba, Janaúba, Januária, Japaraíba, Japonvar, Jenipapo de Minas, Jequitaiá, Jequitibá, Jequitinhonha, Jesuânia, Joaíma, Joanésia, João Monlevade, João Pinheiro, Joaquim Felício, Jordânia, José Gonçalves de Minas, José Raydan, Josenópolis, Juramento, Juruia, Juvenília, Ladainha, Lagamar, Lagoa Dourada, Lagoa Formosa, Lagoa Santa, Lambari, Lamim, Lassance, Lavras, Leandro Ferreira, Leme do Prado, Leopoldina, Lima Duarte, Lontra, Luislândia, Luminárias, Machacalis, Machado, Madre de Deus de Minas, Malacacheta, Mamonas, Mantena, Mar de Espanha, Maravilhas, Maria da Fé, Marilac, Mário Campos, Maripá de Minas, Marliéria, Marmelópolis, Martinho Campos, Materlândia, Mateus Leme, Mathias Lobato, Matias Barbosa, Mato Verde, Matozinhos, Medina, Mendes Pimentel, Mercês, Mesquita, Minas Novas, Minduri, Mirabela, Miradouro, Mirai, Miravânia, Moema, Monjolos, Montalvânia, Monte Azul, Monte Belo, Monte Formoso, Monte Sião, Montezuma, Morro da Garça, Munhoz, Muriaé, Nacip Raydan, Nanuque, Naque, Natalândia, Natércia, Nazareno, Nepomuceno, Ninheira, Nova Belém, Nova Porteirinha, Nova Serrana, Novo Oriente de Minas, Novorizonte, Olaria, Olhos-d'Água, Olímpio Noronha, Oliveira, Oliveira Fortes, Ouro Branco, Padre Carvalho, Padre Paraíso, Pai Pedro, Paiva, Palma, Palmópolis, Papagaios, Pará de Minas, Paracatu, Paraguaçu, Paraopeba, Passa Quatro, Passa Tempo, Patis, Patrocínio, Patrocínio do Muriaé, Paulistas, Pavão, Peçanha, Pedra Bonita, Pedra do Indaia, Pedra Dourada, Pedralva, Pedro Leopoldo, Pedro Teixeira, Pequeri, Pequi, Perdígão, Perdões, Periquito, Piau, Piedade do Rio Grande, Pimenta, Piracema, Piranga, Piranguçu, Piranguinho, Pirapora, Piraúba, Piumhi, Poço Fundo, Poços de Caldas, Ponto Chique, Ponto dos Volantes, Porteirinha, Poté, Pouso Alegre, Pouso Alto, Prados, Pratápolis, Presidente Bernardes, Presidente Juscelino, Presidente Kubitschek, Presidente Olegário, Prudente de Moraes, Quartel Geral, Queluzito, Recreio, Resende Costa, Resplendor, Ressaquinha, Riachinho, Riacho dos Machados, Ribeirão Vermelho, Rio do Prado, Rio Espera, Rio Novo, Rio Paranaíba, Rio Pardo de Minas, Rio Piracicaba, Rio Pomba, Rio Preto, Rio Vermelho, Ritópolis, Rochedo de Minas, Rodeiro, Rosário da Limeira, Rubelita, Rubim, Sabinópolis, Salinas, Salto da Divisa, Santa Bárbara, Santa Bárbara do Leste, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Bárbara do Tugúrio, Santa Cruz de Minas, Santa Efigênia de Minas, Santa Helena de Minas, Santa Maria do Salto, Santa Maria do Suaçuí, Santa Rita de Caldas, Santa Rita de Ibitipoca, Santa Rita de Jacutinga, Santa Rita de Minas, Santa Rita do Ituetu, Santa Rita do Sapucaí, Santana da Vargem, Santana de Cataguases, Santana de Pirapama, Santana do Deserto, Santana do Garambéu, Santana do Jacaré, Santana do Paraíso, Santana do Riacho, Santana dos Montes, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Itambé, Santo Antônio do Jacinto, Santo Hipólito, Santos Dumont, São Brás do Suaçuí, São Domingos do Prata, São Félix de Minas, São Francisco, São Francisco de Paula, São Francisco do Glória, São Geraldo, São Geraldo da Piedade, São Geraldo do Baixo, São Gonçalo do Abaeté, São Gonçalo do Pará, São Gonçalo do Rio Abaixo, São Gonçalo do Rio Preto, São Gonçalo do Sapucaí, São Gotardo, São João da Mata, São João da Ponte, São João das Missões, São João do Manteninha, São João do Paraíso, São João Evangelista, São João Nepomuceno, São José da Lapa, São José da Safira, São José do Alegre, São José do Jacuri, São Lourenço, São Pedro da União, São Pedro do Suaçuí, São Romão, São Sebastião da Bela Vista, São Sebastião da Vargem Alegre, São Sebastião do Maranhão, São Sebastião do Oeste, São Sebastião do Paraíso, São Sebastião do Rio Preto, São Sebastião do Rio Verde, São Thomé das letras, São Tiago, São Tomás de Aquino, São Vicente de Minas, Sapucaí-Mirim, Sarzedo, Senador Amaral, Senador Cortes, Senador Firmino, Senador Modestino Gonçalves, Senhora de Oliveira, Senhora do Porto, Senhora dos Remédios, Seritinga, Serra do Salitre, Serra dos Aimorés, Serrania, Serranópolis de Minas, Serranos, Serro, Sete Lagoas, Setubinha, Silveirânia, Silvianópolis, Simão Pereira, Soledade de Minas, Tabuleiro, Taiobeiras, Tapiraí, Timóteo, Tiradentes, Tiros, Tocantins, Tocos do Moji, Tombos, Três Corações, Três Marias, Três Pontas, Tumiritinga, Turmalina, Turvolândia, Ubá, Ubaí, Ubaporanga, Unaí, Uruana de Minas, Vargem Grande do Rio Pardo, Varginha, Varjão de Minas, Várzea da Palma, Varzelândia, Vazante, Verdelândia, Veredinha, Vermelho Novo, Vespasiano, Vieiras, Virgem da Lapa, Virgínia, Virginópolis, Virgolândia, Visconde do Rio Branco, Volta Grande, Wenceslau Braz.

Três consórcios

Açucena, Albertina, Alpercata, Alvarenga, Araguari, Araporã, Bandeira do Sul, Bom Jesus do Galho, Botelhos, Cabo Verde, Cachoeira Dourada, Campanário, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Capitão Andrade, Caratinga, Cascalho Rico, Catuji, Centralina, Chapada Gaúcha, Cláudio, Conceição dos Ouros, Coração de Jesus, Córrego Novo, Cuparaque, Curral de Dentro, Divisa Nova, Dom Cavati, Douradoquara, Elói Mendes, Entre Folhas, Estrela do Sul, Fernandes Tourinho, Florestal, Franciscópolis, Frei Gaspar, Fruta de Leite, Gonzaga, Grupiara, Guarda-Mor, Gurinhata, Iapu, Ibitiúra de Minas, Igaratinga, Imbé de Minas, Indianópolis, Inhapim, Ipiacu, Ipuíuna, Itaipé, Itambacuri, Ituiutaba, Itutinga, Jampruca, Jeceaba, Lagoa dos Patos, Lagoa Grande, Laranjal, Manga, Matias Cardoso, Monsenhor Paulo, Monte Alegre de Minas, Nova Resende, Novo Cruzeiro, Onça de Pitangui, Orizânia, Ouro Verde de Minas, Pedras de Maria da Cruz, Pescador, Piedade de Caratinga, Pingo-d'Água, Pintópolis, Pitangui, Prata, Romaria, Santa cruz de Salinas, Santa Fé de Minas, Santa Vitória, São Bento Abade, São Domingos das Dores, São João da Lagoa, São João do Oriente, São João do Pacuí, São José da Varginha, São Sebastião do Anta, Sardoá, Senador José Bento, Tarumirim, Tupaciguara,

Uberlândia, Umburatiba, Urucuia, Vargem Alegre.
Quatro Consórcios
Conceição do Pará, Monte Carmelo, Nova Módica, São José do Divino, Sobrália.

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE B – Municípios pertencentes a mais de um cluster

Municípios
Abaeté, Aguanil, Alpercata, Aricanduva, Arinos, Barão de Cocais, Barroso, Belo Vale, Biquinhas, Boa Esperança, Bocaiúva, Bom Jesus do Amparo, Bom Jesus do Galho, Bom Sucesso, Bonfinópolis de Minas, Brasilândia de Minas, Buenópolis, Buritis, Buritizeiro, Cabeceira Grande, Caiana, Camacho, Cambuquira, Campanha, Campo Belo, Cana Verde, Candeias, Caparaó, Capelinha, Capitão Andrade, Carangola, Caratinga, Carbonita, Carmésia, Carmo da Cachoeira, Carmópolis de Minas, Carrancas, Cedro do Abaeté, Central de Minas, Chapada do Norte, Chapada Gaúcha, Claro dos Poções, Cláudio, Coimbra, Conceição da Barra de Minas, Conceição do Mato Dentro, Conceição do Pará, Congonhas do Norte, Coqueiral, Coração de Jesus, Cordislândia, Coronel Xavier Chaves, Couto de Magalhães de Minas, Cristais, Cuparaque, Curral de Dentro, Curvelo, Datas, Diamantina, Divino, Dom Bosco, Dom Cavati, Dolores de Campos, Dolores de Guanhanes, Elói Mendes, Engenheiro Navarro, Entre Folhas, Espera Feliz, Faria Lemos, Felixlândia, Ferros, Fervedouro, Florestal, Formoso, Francisco Dumont, Glaucilândia, Gouveia, Guanhanes, Guaraciama, Guarda-Mor, Ibiaí, Ibituruna, Ijaci, Ilícinea, Imbé de Minas, Ingaí, Inhapim, Inimutaba, Itabira, Itabirinha, Itacambira, Itaguara, Itamarandiba, Itatiaiuçu, Itaúna, Itumirim, Itutinga, Jampruca, Jequitaiá, João Pinheiro, Joaquim Felício, José Gonçalves de Minas, Juramento, Lagoa dos Patos, Lagoa Dourada, Lagoa Grande, Lassance, Lavras, Leandro Ferreira, Leme do Prado, Luminárias, Madre de Deus de Minas, Mantena, Maravilhas, Materlândia, Mendes Pimentel, Minas Novas, Monjolos, Monsenhor Paulo, Morro da Garça, Natalândia, Nazareno, Nepomuceno, Nova Belém, Nova Módica, Olhos-d'Água, Oliveira, Onça de Pitangui, Paracatu, Passa Tempo, Pedra Bonita, Pedra Dourada, Pequi, Perdões, Piedade de Caratinga, Piedade do Rio Grande, Pintópolis, Piracema, Pirapora, Pitangui, Ponto Chique, Prados, Presidente Juscelino, Presidente Kubitschek, Quartel Geral, Resende Costa, Riachinho, Ribeirão Vermelho, Rio Vermelho, Ritópolis, Sabinópolis, Santa Bárbara, Santa Cruz de Minas, Santa Fé de Minas, Santana da Vargem, Santana do Jacaré, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Itambé, Santo Hipólito, São Bento Abade, São Domingos das Dolores, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Rio Abaixo, São Gonçalo do Rio Preto, São Gonçalo do Sapucaí, São João da Lagoa, São João do Manteninha, São João do Pacuí, São José da Varginha, São José do Divino, São Roque de Minas, São Sebastião do Anta, São Sebastião do Rio Preto, São Thomé das Letras, São Tiago, São Vicente de Minas, Senador José Bento, Senador Modestino Gonçalves, Senhora do Porto, Serro, Sobralia, Tiradentes, Tombos, Três Corações, Três Marias, Três Pontas, Turmalina, Unai, Uruana de Minas, Urucua, Varginha, Várzea da Palma, Vazante, Veredinha, Virgínia

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE C - Relação da população e renda per capita de cada município de acordo com os Clusters criados.

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
baeté	22.450	R\$ 707,24	Barão de Monte Alto	5.676	R\$ 377,10
Aguanil	4.024	R\$ 524,43	Barroso	19.509	R\$ 535,10
Aiuruoca	6.047	R\$ 539,92	Belmiro Braga	3.357	R\$ 464,50
Alagoa	2.643	R\$ 413,75	Bias Fortes	3.787	R\$ 344,35
Albertina	2.899	R\$ 564,08	Bicas	13.576	R\$ 735,00
Além Paraíba	34.103	R\$ 674,50	Biquinhas	2.608	R\$ 565,37
Alfenas	73.347	R\$ 783,41	Boa Esperança	38.204	R\$ 599,17
Alpinópolis	18.344	R\$ 633,91	Bocaina de Minas	4.955	R\$ 501,73
Alterosa	13.313	R\$ 475,99	Bom Despacho	45.454	R\$ 809,90
Andradas	37.150	R\$ 754,39	Bom Jardim de Minas	6.371	R\$ 464,99
Andrelândia	12.052	R\$ 534,68	Bom Jesus da Penha	3.842	R\$ 607,73
Antônio Prado de Minas	1.671	R\$ 529,54	Bom Jesus do Amparo	5.435	R\$ 472,21
Aracitaba	2.049	R\$ 351,60	Bom Repouso	10.392	R\$ 447,85
Arantina	2.814	R\$ 411,16	Borda da Mata	17.028	R\$ 635,37
Araújos	7.845	R\$ 599,30	Botelhos	14.811	R\$ 630,12
Arceburgo	9.462	R\$ 576,68	Brás Pires	4.561	R\$ 299,02
Arcos	36.383	R\$ 691,16	Brasópolis	14.448	R\$ 613,88
Areado	13.596	R\$ 622,83	Bueno Brandão	10.687	R\$ 491,08
Argirita	2.884	R\$ 442,45	Cabo Verde	13.548	R\$ 571,60
Astolfo Dutra	13.004	R\$ 572,06	Cachoeira de Minas	10.978	R\$ 527,44
Baependi	18.000	R\$ 497,21	Caiana	4.910	R\$ 406,23
BambuÍ	22.546	R\$ 777,46	Caldas	13.434	R\$ 627,21
Bandeira do Sul	5.313	R\$ 554,52			
Barão de Cocais	28.370	R\$ 546,85			

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Caiana	4.910	R\$ 406,23	Carvalhópolis	3.327	R\$ 579,40
Caldas	13.434	R\$ 627,21	Carvalhos	4.506	R\$ 506,24
Camacho	3.151	R\$ 425,80	Cássia	17.301	R\$ 717,84
Camanducaia	20.709	R\$ 649,49	Cataguases	69.329	R\$ 699,57
Cambuí	26.350	R\$ 712,90	Caxambu	21.480	R\$ 963,25
Cambuquira	12.475	R\$ 588,83	Cedro do Abaeté	1.210	R\$ 431,20
Campanha	15.304	R\$ 686,16	Chácara	2.787	R\$ 456,42
Campestre	20.519	R\$ 669,87	Chiador	2.740	R\$ 808,78
Campo Belo	51.235	R\$ 646,71	Claraval	4.515	R\$ 575,11
Campo do Meio	11.376	R\$ 472,71	Cláudio	25.500	R\$ 625,88
Campos Gerais	27.369	R\$ 503,91	Coimbra	6.992	R\$ 454,81
Cana Verde	5.546	R\$ 463,10	Comendador Levy Gasparian	8.158	R\$ 537,66
Candeias	14.456	R\$ 621,22	Conceição da Aparecida	9.684	R\$ 579,34
Caparaó	5.098	R\$ 364,52	Conceição da Barra de Minas	3.899	R\$ 511,91
Capetinga	6.983	R\$ 549,97	Conceição das Pedras	2.725	R\$ 434,68
Capitólio	8.082	R\$ 658,77	Conceição do Pará	5.134	R\$ 576,48
Carangola	31.866	R\$ 618,24	Conceição do Rio Verde	12.835	R\$ 533,38
Careaçu	6.249	R\$ 504,96	Conceição dos Ouros	10.338	R\$ 509,52
Carmo da Cachoeira	11.673	R\$ 525,35	Congonhal	10.153	R\$ 553,81
Carmo da Mata	10.824	R\$ 551,21	Consolação	1.702	R\$ 395,33
Carmo de Minas	13.618	R\$ 511,95	Coqueiral	9.201	R\$ 495,77
Carmo do Cajuru	19.937	R\$ 606,19	Cordislândia	3.355	R\$ 468,59
Carmo do Rio Claro	20.281	R\$ 685,17	Coronel Pacheco	2.969	R\$ 525,62
Carmópolis de Minas	16.936	R\$ 599,63	Coronel Xavier Chaves	3.266	R\$ 518,32
Carrancas	3.851	R\$ 576,62	Córrego Danta	3.341	R\$ 561,81

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Córrego do Bom Jesus	3.719	R\$ 501,15	Eugenópolis	10.387	R\$ 486,46
Córrego Fundo	5.729	R\$ 477,36	Ewbank da Câmara	3.725	R\$ 391,34
Cristais	11.174	R\$ 780,18	Extrema	28.466	R\$ 745,21
Cristina	10.099	R\$ 442,25	Fama	2.323	R\$ 624,24
Cruzília	14.494	R\$ 520,72	Faria Lemos	3.360	R\$ 544,77
Delfim Moreira	7.902	R\$ 454,36	Ferros	10.445	R\$ 392,08
Delfinópolis	6.786	R\$ 632,28	Fervedouro	9.924	R\$ 301,55
Descoberto	4.451	R\$ 477,97	Florestal	6.568	R\$ 741,46
Divinésia	3.242	R\$ 441,49	Formiga	64.439	R\$ 746,80
Divino	18.635	R\$ 426,94	Fortaleza de Minas	4.049	R\$ 562,53
Divinópolis	211.803	R\$ 868,57	Goianá	3.646	R\$ 558,09
Divisa Nova	5.719	R\$ 484,91	Gonçalves	4.157	R\$ 519,03
Dom Viçoso	2.977	R\$ 371,63	Guapé	13.777	R\$ 487,68
Dona Eusébia	5.964	R\$ 563,76	Guaranésia	18.503	R\$ 598,17
Dores de Campos	9.246	R\$ 520,98	Guarani	8.556	R\$ 568,73
Dores do Indaiá	13.661	R\$ 663,62	Guarará	3.923	R\$ 457,90
Dores do Turvo	4.412	R\$ 363,30	Guaxupé	49.148	R\$ 746,70
Doresópolis	1.437	R\$ 461,80	Guidoval	7.164	R\$ 512,85
Elói Mendes	25.076	R\$ 577,50	Guiricema	8.668	R\$ 469,56
Ervália	17.781	R\$ 429,35	Heliódora	6.091	R\$ 474,00
Espera Feliz	22.447	R\$ 496,04	Ibiraci	12.006	R\$ 609,71
Espírito Santo do Dourado	4.426	R\$ 486,55	Ibitiúra de Minas	3.375	R\$ 479,81
Estiva	10.840	R\$ 547,01	Ibituruna	2.847	R\$ 426,36
Estrela Dalva	2.467	R\$ 701,83	Igaratinga	9.216	R\$ 556,96
Estrela do Indaiá	3.473	R\$ 547,21	Iguatama	7.985	R\$ 604,59

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Ijaci	5.859	R\$ 495,95	Juruaia	9.199	R\$ 1.122,10
Ilicínea	11.416	R\$ 500,79	Lagoa da Prata	45.619	R\$ 707,01
Inconfidentes	6.859	R\$ 579,13	Lagoa Dourada	12.216	R\$ 522,62
Ingaí	2.612	R\$ 602,08	Lambari	19.425	R\$ 597,16
Ipuiúna	9.442	R\$ 719,24	Laranjal	6.455	R\$ 601,49
Itabira	109.420	R\$ 744,61	Lavras	91.498	R\$ 889,65
Itaguara	12.231	R\$ 610,65	Leandro Ferreira	3.159	R\$ 649,92
Itajubá	89.893	R\$ 948,20	Leopoldina	50.750	R\$ 609,50
Itamarati de Minas	4.072	R\$ 540,70	Liberdade	5.311	R\$ 546,79
Itambé do Mato Dentro	2.266	R\$ 345,17	Lima Duarte	15.926	R\$ 645,22
Itamogi	10.277	R\$ 502,20	Luminárias	5.389	R\$ 474,29
Itamonte	13.831	R\$ 604,91	Luz	17.332	R\$ 720,88
Itanhandu	14.102	R\$ 706,47	Machado	38.494	R\$ 701,58
Itapecerica	21.188	R\$ 594,71	Madre de Deus de Minas	4.847	R\$ 508,21
Itapeva	8.557	R\$ 620,04	Mar de Espanha	11.680	R\$ 598,93
Itatiaiuçu	9.928	R\$ 490,54	Maravilhas	7.047	R\$ 442,51
Itaú de Minas	14.911	R\$ 913,39	Maria da Fé	14.069	R\$ 445,11
Itaúna	84.928	R\$ 847,74	Maripá de Minas	2.777	R\$ 510,92
Itumirim	6.118	R\$ 533,39	Marmelópolis	2.924	R\$ 367,73
Itutinga	3.892	R\$ 634,33	Martinho Campos	12.499	R\$ 579,07
Jacuí	7.407	R\$ 558,14	Matias Barbosa	13.367	R\$ 633,76
Jacutinga	22.593	R\$ 717,25	Medeiros	3.415	R\$ 715,52
Japaraíba	3.883	R\$ 541,09	Mercês	10.231	R\$ 561,75
Jesuânia	4.729	R\$ 533,26	Minduri	3.815	R\$ 404,95
Juiz de Fora	512.508	R\$ 1.050,88	Miradouro	9.767	R\$ 443,39

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Miraí	13.699	R\$ 493,91	Palma	6.524	R\$ 494,63
Moema	6.971	R\$ 634,04	Pará de Minas	83.577	R\$ 686,42
Monsenhor Paulo	8.096	R\$ 555,78	Paraguaçu	20.031	R\$ 587,36
Monte Belo	12.517	R\$ 539,84	Paraisópolis	19.230	R\$ 592,61
Monte Santo de Minas	21.055	R\$ 584,09	Passa Quatro	15.471	R\$ 561,44
Monte Sião	20.987	R\$ 760,69	Passa Tempo	7.957	R\$ 535,96
Morada Nova de Minas	8.164	R\$ 577,61	Passabém	1.739	R\$ 405,19
Morro do Pilar	3.338	R\$ 382,62	Passa-Vinte	2.060	R\$ 493,38
Munhoz	6.062	R\$ 412,79	Passos	105.700	R\$ 802,97
Muriaé	99.913	R\$ 758,46	Patrocínio do Muriaé	5.234	R\$ 590,26
Muzambinho	20.314	R\$ 719,94	Pedra Bonita	6.449	R\$ 256,67
Natércia	4.611	R\$ 541,69	Pedra do Indaiá	3.864	R\$ 578,46
Nazareno	7.947	R\$ 491,13	Pedra Dourada	2.120	R\$ 406,30
Nepomuceno	25.189	R\$ 480,79	Pedralva	11.305	R\$ 541,01
Nova Resende	15.229	R\$ 576,41	Pedro Teixeira	1.773	R\$ 309,25
Nova Serrana	73.289	R\$ 659,74	Pequeri	3.121	R\$ 593,92
Olaria	1.954	R\$ 423,44	Pequi	4.070	R\$ 522,22
Olímpio Noronha	2.530	R\$ 475,23	Perdigão	8.862	R\$ 668,59
Oliveira	39.140	R\$ 588,20	Perdões	20.034	R\$ 663,06
Oliveira Fortes	2.092	R\$ 369,25	Piau	2.831	R\$ 449,68
Onça de Pitangui	3.024	R\$ 446,23	Piedade do Rio Grande	4.695	R\$ 428,95
Orizânia	6.905	R\$ 247,35	Pimenta	8.225	R\$ 613,61
Ouro Fino	31.352	R\$ 635,38	Piracema	6.254	R\$ 444,75
Paineiras	4.574	R\$ 589,16	Piranguçu	5.155	R\$ 504,10
Pains	7.945	R\$ 690,97	Piranguinho	7.980	R\$ 523,50

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Pirapetinga	10.331	R\$ 550,30	Santa Maria de Itabira	10.442	R\$ 382,99
Piraúba	10.798	R\$ 527,81	Santa Rita de Caldas	8.957	R\$ 597,40
Pitangui	25.148	R\$ 669,00	Santa Rita de Jacutinga	4.948	R\$ 535,45
Piumhi	31.456	R\$ 747,20	Santa Rita do Sapucaí	37.350	R\$ 738,40
Poço Fundo	15.740	R\$ 644,47	Santana da Vargem	7.218	R\$ 553,70
Poços de Caldas	151.812	R\$ 953,96	Santana de Cataguases	3.612	R\$ 437,81
Pouso Alegre	129.564	R\$ 878,26	Santana do Deserto	3.849	R\$ 484,73
Pouso Alto	6.124	R\$ 778,57	Santana do Jacaré	4.556	R\$ 470,20
Prados	8.330	R\$ 485,20	Santo Antônio do Amparo	17.235	R\$ 431,56
Pratápolis	8.685	R\$ 636,81	Santo Antônio do Aventureiro	3.516	R\$ 485,50
Presidente Bernardes	5.466	R\$ 341,87	Santo Antônio do Monte	25.758	R\$ 781,49
Quartel Geral	3.274	R\$ 539,78	Santo Antônio do Rio Abaixo	1.749	R\$ 370,28
Recreio	10.225	R\$ 510,95	Santos Dumont	45.871	R\$ 578,64
Resende Costa	10.789	R\$ 580,66	São Bento Abade	4.560	R\$ 458,65
Ribeirão Vermelho	3.810	R\$ 617,88	São Francisco de Paula	6.425	R\$ 484,92
Rio Novo	8.649	R\$ 519,69	São Francisco do Glória	5.050	R\$ 449,20
Rio Pomba	16.872	R\$ 601,31	São Geraldo	10.202	R\$ 474,14
Rio Preto	5.229	R\$ 501,52	São Gonçalo do Pará	10.366	R\$ 558,07
Ritápolis	4.907	R\$ 453,87	São Gonçalo do Rio Abaixo	9.699	R\$ 479,04
Rochedo de Minas	2.114	R\$ 494,36	São Gonçalo do Sapucaí	23.755	R\$ 648,31
Rodeiro	6.820	R\$ 635,26	São João Batista do Glória	6.842	R\$ 676,07
Rosário da Limeira	4.230	R\$ 465,89	São João da Mata	2.692	R\$ 538,08
Santa Bárbara	27.737	R\$ 535,84	São João Nepomuceno	24.887	R\$ 608,32
Santa Bárbara do Monte Verde	2.667	R\$ 371,34	São José da Barra	6.728	R\$ 714,22
Santa Cruz de Minas	7.861	R\$ 485,28	São José da Varginha	4.168	R\$ 555,77

Cluster 1					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
São José do Alegre	3.996	R\$ 537,13	Simão Pereira	2.492	R\$ 442,70
São Lourenço	41.320	R\$ 831,32	Soledade de Minas	5.560	R\$ 526,23
São Pedro da União	4.958	R\$ 549,49	Tabuleiro	4.059	R\$ 503,88
São Roque de Minas	6.569	R\$ 621,11	Tapiraí	1.865	R\$ 517,65
São Sebastião da Bela Vista	4.904	R\$ 573,43	Tiradentes	6.834	R\$ 802,39
São Sebastião da Vargem Alegre	2.727	R\$ 406,33	Tocantins	15.715	R\$ 557,55
São Sebastião do Oeste	5.750	R\$ 545,07	Tocos do Moji	3.939	R\$ 489,05
São Sebastião do Paraíso	64.629	R\$ 775,73	Toledo	5.712	R\$ 486,02
São Sebastião do Rio Preto	1.604	R\$ 493,59	Tombos	9.407	R\$ 621,05
São Sebastião do Rio Verde	2.076	R\$ 442,98	Três Corações	71.834	R\$ 749,86
São Thomé das Letras	6.537	R\$ 428,33	Três Pontas	53.551	R\$ 682,15
São Tiago	10.532	R\$ 486,69	Turvolândia	4.619	R\$ 649,97
São Tomás de Aquino	7.035	R\$ 593,38	Ubá	101.096	R\$ 739,56
São Vicente de Minas	6.982	R\$ 527,55	Vargem Bonita	2.136	R\$ 508,67
Sapucai-Mirim	6.170	R\$ 497,65	Varginha	122.584	R\$ 904,57
Senador Amaral	5.142	R\$ 385,29	Vieiras	3.659	R\$ 386,39
Senador Cortes	1.986	R\$ 581,34	Virgínia	8.528	R\$ 415,41
Senador Firmino	7.088	R\$ 426,49	Visconde do Rio Branco	37.837	R\$ 658,96
Senador José Bento	1.860	R\$ 493,87	Volta Grande	5.026	R\$ 515,46
Seritinga	1.787	R\$ 476,43	Wenceslau Braz	2.538	R\$ 439,73
Serra da Saudade	813	R\$ 494,31			
Serrania	7.477	R\$ 470,34			
Serranos	1.969	R\$ 425,18			
Silveirânia	2.183	R\$ 441,85			
Silvianópolis	5.982	R\$ 647,64			

Cluster 2

Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Abadia dos Dourados	6.603	R\$ 596,18	Cabeceira Grande	6.407	R\$ 424,47
Abaeté	22.450	R\$ 707,24	Cachoeira da Prata	3.651	R\$ 583,28
Água Comprida	1.997	R\$ 701,19	Cachoeira Dourada	2.497	R\$ 606,15
Aguanil	4.024	R\$ 524,43	Caetanópolis	10.135	R\$ 531,65
Araçaí	2.241	R\$ 482,40	Caeté	40.342	R\$ 586,16
Araguari	109.182	R\$ 798,63	Camacho	3.151	R\$ 425,80
Araporã	6.127	R\$ 536,04	Cambuquira	12.475	R\$ 588,83
Arapuá	2.754	R\$ 696,47	Campanha	15.304	R\$ 686,16
Arinos	17.078	R\$ 349,52	Campina Verde	18.685	R\$ 681,73
Baldim	7.836	R\$ 458,08	Campo Belo	51.235	R\$ 646,71
Barão de Cocais	28.370	R\$ 546,85	Campo Florido	6.772	R\$ 774,88
Bela Vista de Minas	9.995	R\$ 440,23	Cana Verde	5.546	R\$ 463,10
Belo Horizonte	2.356.178	R\$ 1.497,29	Canápolis	11.307	R\$ 711,27
Belo Vale	7.429	R\$ 524,03	Candeias	14.456	R\$ 621,22
Betim	376.578	R\$ 660,56	Capim Branco	8.839	R\$ 497,48
Biquinhas	2.608	R\$ 565,37	Capinópolis	15.177	R\$ 834,14
Boa Esperança	38.204	R\$ 599,17	Carmésia	2.405	R\$ 404,76
Bom Jesus do Amparo	5.435	R\$ 472,21	Carmo da Cachoeira	11.673	R\$ 525,35
Bom Sucesso	17.077	R\$ 551,39	Carmo do Paranaíba	29.214	R\$ 678,13
Bonfim	6.738	R\$ 512,94	Carmópolis de Minas	16.936	R\$ 599,63
Bonfinópolis de Minas	5.716	R\$ 472,15	Carneirinho	9.273	R\$ 847,07
Brasilândia de Minas	14.054	R\$ 444,35	Carrancas	3.851	R\$ 576,62
Brumadinho	33.696	R\$ 910,31	Cascalho Rico	2.838	R\$ 769,71
Buenópolis	10.005	R\$ 456,55	Catas Altas	4.825	R\$ 502,15
Buritís	22.170	R\$ 505,59	Cedro do Abaeté	1.210	R\$ 431,20

Cluster 2

Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Centralina	10.241	R\$ 468,15	Ferros	10.445	R\$ 392,08
Chapada Gaúcha	10.416	R\$ 282,53	Florestal	6.568	R\$ 741,46
Cláudio	25.500	R\$ 625,88	Formoso	7.898	R\$ 370,41
Comendador Gomes	2.927	R\$ 635,20	Fortuna de Minas	2.695	R\$ 459,52
Conceição das Alagoas	22.625	R\$ 770,02	Frutal	52.248	R\$ 752,01
Conceição do Mato Dentro	17.699	R\$ 384,42	Funilândia	3.607	R\$ 360,59
Conceição do Pará	5.134	R\$ 576,48	Grupiara	1.373	R\$ 548,38
Confins	5.905	R\$ 647,20	Guanhães	30.957	R\$ 560,99
Contagem	600.415	R\$ 824,30	Guarda-Mor	6.502	R\$ 660,72
Coqueiral	9.201	R\$ 495,77	Guimarânia	7.243	R\$ 552,31
Cordisburgo	8.602	R\$ 440,09	Gurinhata	5.787	R\$ 587,76
Cordislândia	3.355	R\$ 468,59	Ibirité	158.685	R\$ 525,64
Coromandel	27.257	R\$ 753,35	Igarapé	34.453	R\$ 570,58
Cristais	11.174	R\$ 780,18	Igaratinga	9.216	R\$ 556,96
Crucilândia	4.725	R\$ 464,17	Ijaci	5.859	R\$ 495,95
Cruzeiro da Fortaleza	3.934	R\$ 707,80	Ilicínea	11.416	R\$ 500,79
Curvelo	73.493	R\$ 581,65	Indianópolis	6.181	R\$ 499,36
Delta	7.836	R\$ 523,34	Ingaí	2.612	R\$ 602,08
Dom Bosco	3.750	R\$ 394,72	Inhaúma	5.749	R\$ 477,55
Dores de Guanhões	5.077	R\$ 361,09	Inimutaba	6.686	R\$ 389,93
Douradoquara	1.833	R\$ 640,34	Ipiacu	4.090	R\$ 550,98
Elói Mendes	25.076	R\$ 577,50	Iraí de Minas	6.425	R\$ 642,98
Esmeraldas	59.587	R\$ 452,62	Itabira	109.420	R\$ 744,61
Estrela do Sul	7.374	R\$ 600,41	Itabirito	45.260	R\$ 784,55
Felixlândia	13.962	R\$ 459,52	Itaguara	12.231	R\$ 610,65

Cluster 2

Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Itapagipe	13.268	R\$ 741,95	Moeda	4.649	R\$ 477,77
Itatiaiuçu	9.928	R\$ 490,54	Monjolos	2.334	R\$ 360,58
Itaúna	84.928	R\$ 847,74	Monsenhor Paulo	8.096	R\$ 555,78
Ituiutaba	96.605	R\$ 824,46	Monte Alegre de Minas	19.305	R\$ 619,10
Itumirim	6.118	R\$ 533,39	Monte Carmelo	45.524	R\$ 689,45
Itutinga	3.892	R\$ 634,33	Morro da Garça	2.655	R\$ 376,88
Jaboticatubas	16.802	R\$ 602,48	Natalândia	3.252	R\$ 431,11
Jequitibá	5.063	R\$ 1.007,03	Nepomuceno	25.189	R\$ 480,79
João Monlevade	73.330	R\$ 724,40	Nova Era	17.416	R\$ 532,58
João Pinheiro	44.307	R\$ 562,24	Nova Lima	80.319	R\$ 1.731,84
Juatuba	21.953	R\$ 517,18	Nova Ponte	12.760	R\$ 771,68
Lagamar	7.482	R\$ 592,95	Nova União	5.387	R\$ 387,68
Lagoa Formosa	17.006	R\$ 693,25	Oliveira	39.140	R\$ 588,20
Lagoa Grande	8.269	R\$ 543,58	Onça de Pitangui	3.024	R\$ 446,23
Lagoa Santa	52.306	R\$ 1.089,96	Ouro Preto	69.716	R\$ 710,55
Lavras	91.498	R\$ 889,65	Papagaios	14.073	R\$ 455,96
Leandro Ferreira	3.159	R\$ 649,92	Paracatu	84.010	R\$ 637,80
Luminárias	5.389	R\$ 474,29	Paraopeba	22.470	R\$ 530,79
Maravilhas	7.047	R\$ 442,51	Passa Tempo	7.957	R\$ 535,96
Mariana	53.607	R\$ 641,84	Patos de Minas	137.776	R\$ 843,57
Mário Campos	13.160	R\$ 551,93	Patrocínio	81.617	R\$ 720,59
Materlândia	4.484	R\$ 255,52	Pedro Leopoldo	58.468	R\$ 721,11
Mateus Leme	27.580	R\$ 579,23	Pequi	4.070	R\$ 522,22
Matozinhos	33.851	R\$ 584,15	Perdões	20.034	R\$ 663,06
Matutina	3.733	R\$ 820,03	Piedade dos Gerais	4.506	R\$ 443,35

Cluster 2

Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Piracema	6.254	R\$ 444,75	Santana da Vargem	7.218	R\$ 553,70
Pirajuba	4.516	R\$ 838,37	Santana de Pirapama	7.898	R\$ 373,14
Pitangui	25.148	R\$ 669,00	Santana do Jacaré	4.556	R\$ 470,20
Planura	10.289	R\$ 669,60	Santana do Riacho	3.906	R\$ 432,77
Pompéu	28.668	R\$ 598,83	Santo Antônio do Amparo	17.235	R\$ 431,56
Prata	25.164	R\$ 782,28	Santo Hipólito	3.217	R\$ 431,72
Presidente Juscelino	3.835	R\$ 340,94	São Bento Abade	4.560	R\$ 458,65
Presidente Olegário	18.236	R\$ 546,68	São Domingos do Prata	17.132	R\$ 531,92
Prudente de Moraes	9.573	R\$ 481,48	São Francisco de Paula	6.425	R\$ 484,92
Quartel Geral	3.274	R\$ 539,78	São Francisco de Sales	5.482	R\$ 665,68
Riachinho	7.610	R\$ 290,89	São Gonçalo do Abaeté	6.173	R\$ 502,57
Ribeirão das Neves	291.742	R\$ 479,77	São Gonçalo do Rio Abaixo	9.699	R\$ 479,04
Ribeirão Vermelho	3.810	R\$ 617,88	São Gonçalo do Sapucaí	23.755	R\$ 648,31
Rio Manso	5.243	R\$ 536,99	São Gotardo	31.669	R\$ 795,14
Rio Paranaíba	11.700	R\$ 727,20	São Joaquim de Bicas	23.142	R\$ 498,26
Rio Piracicaba	14.005	R\$ 516,18	São José da Lapa	19.747	R\$ 540,26
Rio Vermelho	13.243	R\$ 271,44	São José da Varginha	4.168	R\$ 555,77
Romaria	3.573	R\$ 716,47	São Sebastião do Rio Preto	1.604	R\$ 493,59
Sabará	125.891	R\$ 619,93	São Thomé das letras	6.537	R\$ 428,33
Sabinópolis	15.408	R\$ 420,36	Sarzedo	25.705	R\$ 648,26
Santa Bárbara	27.737	R\$ 535,84	Senhora do Porto	3.454	R\$ 324,40
Santa Juliana	11.274	R\$ 735,00	Serra do Salitre	10.440	R\$ 715,23
Santa Luzia	201.718	R\$ 557,62	Sete Lagoas	213.046	R\$ 809,26
Santa Rosa da Serra	3.194	R\$ 603,01	Tapira	3.988	R\$ 902,00
Santa Vitória	17.922	R\$ 698,70	Taquaraçu de Minas	3.751	R\$ 436,05

Cluster 2		
Município	População	Renda per capita
Tiros	6.712	R\$ 634,30
Três Corações	71.834	R\$ 749,86
Três Marias	28.212	R\$ 645,33
Três Pontas	53.551	R\$ 682,15
Tupaciguara	23.953	R\$ 665,76
Uberaba	292.576	R\$ 978,01
Uberlândia	599.978	R\$ 1.001,45
Unaí	75.850	R\$ 720,51
União de Minas	4.263	R\$ 562,84
Uruana de Minas	3.081	R\$ 360,58
Varginha	122.584	R\$ 904,57
Varjão de Minas	5.933	R\$ 528,14
Vazante	19.585	R\$ 650,88
Veríssimo	3.246	R\$ 560,98
Vespasiano	104.081	R\$ 539,05
Virginópolis	10.385	R\$ 423,01

Cluster 3

Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Abre Campo	12.804	R\$ 444,32	Brasilândia de Minas	14.054	R\$ 444,35
Acaiaca	3.895	R\$ 357,03	Braúnas	4.978	R\$ 416,84
Açucena	9.904	R\$ 325,42	Buenópolis	10.005	R\$ 456,55
Alfredo Vasconcelos	6.062	R\$ 400,14	Bugre	3.976	R\$ 338,39
Alpercata	7.073	R\$ 401,21	Buritís	22.170	R\$ 505,59
Alto Caparaó	5.238	R\$ 505,10	Buritizeiro	26.536	R\$ 340,72
Alto Jequitibá	8.256	R\$ 486,73	Cabeceira Grande	6.407	R\$ 424,47
Alto Rio Doce	11.852	R\$ 323,95	Caiana	4.910	R\$ 406,23
Alvinópolis	15.076	R\$ 460,96	Cajuri	4.010	R\$ 333,45
Amparo do Serra	4.938	R\$ 368,72	Canaã	4.525	R\$ 439,71
Antônio Carlos	10.969	R\$ 457,02	Caparaó	5.098	R\$ 364,52
Antônio Dias	9.421	R\$ 387,61	Capela Nova	4.692	R\$ 338,43
Araponga	7.978	R\$ 328,75	Capelinha	34.076	R\$ 432,55
Aricanduva	4.632	R\$ 249,75	Capitão Andrade	4.899	R\$ 403,35
Arinos	17.078	R\$ 349,52	Caranaíba	3.271	R\$ 319,88
Augusto de Lima	4.891	R\$ 384,10	Carandaí	23.179	R\$ 495,09
Barbacena	124.658	R\$ 854,27	Carangola	31.866	R\$ 618,24
Barra Longa	6.007	R\$ 362,62	Caratinga	84.072	R\$ 610,29
Barroso	19.509	R\$ 535,10	Carbonita	9.054	R\$ 373,05
Belo Oriente	23.085	R\$ 470,05	Casa Grande	2.224	R\$ 351,47
Belo Vale	7.429	R\$ 524,03	Catas Altas da Noruega	3.445	R\$ 309,82
Bocaiúva	46.261	R\$ 451,54	Central de Minas	6.657	R\$ 494,10
Bom Jesus do Galho	15.215	R\$ 368,00	Chalé	5.542	R\$ 418,80
Bom Sucesso	17.077	R\$ 551,39	Chapada do Norte	14.486	R\$ 279,92
Bonfinópolis de Minas	5.716	R\$ 472,15	Chapada Gaúcha	10.416	R\$ 282,53

Cluster 3

Cluster 3					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Cipotânea	6.450	R\$ 317,62	Dom Silvério	5.147	R\$ 488,84
Claro dos Poções	7.746	R\$ 337,07	Dores de Campos	9.246	R\$ 520,98
Coimbra	6.992	R\$ 454,81	Engenheiro Navarro	6.985	R\$ 332,37
Conceição da Barra de Minas	3.899	R\$ 511,91	Entre Folhas	5.136	R\$ 373,10
Congonhas	48.409	R\$ 760,35	Entre Rios de Minas	13.973	R\$ 527,33
Congonhas do Norte	4.869	R\$ 270,30	Espera Feliz	22.447	R\$ 496,04
Conselheiro Lafaiete	115.971	R\$ 781,59	Faria Lemos	3.360	R\$ 544,77
Coração de Jesus	25.422	R\$ 287,28	Felixlândia	13.962	R\$ 459,52
Corinto	23.363	R\$ 499,56	Fervedouro	9.924	R\$ 301,55
Coronel Fabriciano	103.217	R\$ 685,48	Formoso	7.898	R\$ 370,41
Coronel Xavier Chaves	3.266	R\$ 518,32	Francisco Dumont	4.771	R\$ 326,70
Córrego Novo	3.041	R\$ 327,06	Glaucilândia	2.932	R\$ 293,97
Couto de Magalhães de Minas	4.177	R\$ 333,91	Gouveia	11.604	R\$ 382,78
Cristiano Ottoni	4.990	R\$ 458,68	Guaraciaba	9.971	R\$ 373,48
Cuparaque	4.628	R\$ 381,64	Guaraciama	4.666	R\$ 306,99
Curvelo	73.493	R\$ 581,65	Guarda-Mor	6.502	R\$ 660,72
Datas	5.131	R\$ 313,84	Iapu	10.196	R\$ 427,85
Desterro de Entre Rios	6.708	R\$ 348,88	Ibertioga	4.976	R\$ 347,21
Desterro do Melo	2.962	R\$ 373,25	Ibiaí	7.550	R\$ 269,24
Diamantina	45.013	R\$ 597,41	Ibituruna	2.847	R\$ 426,36
Diogo de Vasconcelos	3.745	R\$ 291,48	Imbé de minas	6.187	R\$ 281,68
Dionísio	8.703	R\$ 461,02	Inhapim	23.590	R\$ 434,81
Divino	18.635	R\$ 426,94	Inimutaba	6.686	R\$ 389,93
Dom Bosco	3.750	R\$ 394,72	Ipaba	16.185	R\$ 403,90
Dom Cavati	5.176	R\$ 485,90	Ipatinga	237.968	R\$ 862,91

Cluster 3					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Itabirinha	10.599	R\$ 390,33	Mesquita	5.992	R\$ 424,12
Itacambira	4.749	R\$ 277,92	Minas Novas	29.729	R\$ 334,06
Itamarandiba	31.679	R\$ 374,21	Monjolos	2.334	R\$ 360,58
Itaverava	5.738	R\$ 363,06	Morro da Garça	2.655	R\$ 376,88
Jaguaraçu	2.973	R\$ 508,65	Naque	6.317	R\$ 408,75
Jeceaba	5.223	R\$ 401,99	Natalândia	3.252	R\$ 431,11
Jequeri	12.534	R\$ 348,73	Nazareno	7.947	R\$ 491,13
Jequitaiá	7.780	R\$ 345,53	Nova Belém	3.451	R\$ 265,90
Joanésia	5.264	R\$ 369,24	Olhos-d'Água	5.208	R\$ 348,90
João Pinheiro	44.307	R\$ 562,24	Oratórios	4.469	R\$ 395,74
Joaquim Felício	4.256	R\$ 433,58	Orizânia	6.905	R\$ 247,35
José Gonçalves de Minas	4.459	R\$ 328,27	Ouro Branco	35.115	R\$ 866,02
Juramento	4.030	R\$ 335,93	Paiva	1.545	R\$ 476,35
Lagoa dos Patos	4.176	R\$ 321,11	Paracatu	84.010	R\$ 637,80
Lagoa Dourada	12.216	R\$ 522,62	Paula Cândido	9.091	R\$ 407,91
Lagoa Grande	8.269	R\$ 543,58	Pedra Bonita	6.449	R\$ 256,67
Lamim	3.433	R\$ 386,10	Pedra do Anta	3.337	R\$ 418,07
Lassance	6.380	R\$ 364,30	Pedra Dourada	2.120	R\$ 406,30
Leme do Prado	4.748	R\$ 338,71	Periquito	6.983	R\$ 320,07
Madre de Deus de Minas	4.847	R\$ 508,21	Piedade de Caratinga	7.091	R\$ 381,36
Manhuaçu	78.817	R\$ 592,99	Piedade de Ponte Nova	4.022	R\$ 368,71
Manhumirim	21.194	R\$ 547,24	Piedade do Rio Grande	4.695	R\$ 428,95
Mantena	26.359	R\$ 505,08	Pingo-d'Água	4.405	R\$ 340,91
Marliéria	3.956	R\$ 401,74	Pintópolis	7.047	R\$ 260,14
Mendes Pimentel	6.300	R\$ 372,96			

Cluster 3					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Piranga	16.595	R\$ 305,73	Santana do Garambéu	2.226	R\$ 452,48
Pirapora	52.787	R\$ 596,44	Santana do Paraíso	27.220	R\$ 495,81
Ponte Nova	56.412	R\$ 679,67	Santana dos Montes	3.745	R\$ 352,48
Ponto Chique	3.856	R\$ 269,28	Santo Antônio do Grama	4.058	R\$ 393,12
Porto Firme	10.154	R\$ 366,49	Santo Antônio do Itambé	4.081	R\$ 225,85
Prados	8.330	R\$ 485,20	Santo Hipólito	3.217	R\$ 431,72
Presidente Juscelino	3.835	R\$ 340,94	São Brás do Suaçuí	3.510	R\$ 532,90
Presidente Kubitschek	2.801	R\$ 282,93	São Domingos das Dores	5.353	R\$ 338,29
Queluzito	1.844	R\$ 513,72	São Gonçalo do Rio Preto	3.033	R\$ 321,22
Raul Soares	23.579	R\$ 480,45	São João da Lagoa	4.556	R\$ 286,35
Resende Costa	10.789	R\$ 580,66	São João Del Rei	83.599	R\$ 764,74
Ressaquinha	4.640	R\$ 424,03	São João do Manteninha	5.032	R\$ 385,78
Riachinho	7.610	R\$ 290,89	São João do Oriente	7.856	R\$ 404,69
Rio Casca	13.997	R\$ 460,20	São João do Pacuí	3.902	R\$ 346,53
Rio Doce	2.453	R\$ 439,86	São José do Goiabal	5.601	R\$ 476,92
Rio Espera	5.868	R\$ 286,36	São Miguel do Anta	6.660	R\$ 370,37
Ritápolis	4.907	R\$ 453,87	São Pedro dos Ferros	8.296	R\$ 406,87
Santa Bárbara do Leste	7.584	R\$ 351,59	São Sebastião do Anta	5.726	R\$ 327,54
Santa Bárbara do Tugúrio	4.564	R\$ 370,70	São Tiago	10.532	R\$ 486,69
Santa Cruz de Minas	7.861	R\$ 485,28	São Vicente de Minas	6.982	R\$ 527,55
Santa Cruz do Escalvado	4.965	R\$ 374,23	Sem-Peixe	2.823	R\$ 386,22
Santa Fé de Minas	3.816	R\$ 313,25	Senador Modestino Gonçalves	4.484	R\$ 271,55
Santa Margarida	14.004	R\$ 416,11	Senhora de Oliveira	5.634	R\$ 339,95
Santa Rita de Ibitipoca	3.554	R\$ 391,79	Senhora dos Remédios	10.004	R\$ 292,26
Santa Rita de Minas	6.504	R\$ 395,61	Serro	20.436	R\$ 457,27

Cluster 3		
Município	População	Renda per capita
Sobralia	5.769	R\$ 357,73
Teixeiras	11.244	R\$ 568,91
Timóteo	81.061	R\$ 786,68
Tiradentes	6.834	R\$ 802,39
Tombos	9.407	R\$ 621,05
Três Marias	28.212	R\$ 645,33
Turmalina	17.821	R\$ 446,26
Ubaporanga	11.813	R\$ 342,30
Unaí	75.850	R\$ 720,51
Uruana de Minas	3.081	R\$ 360,58
Urucânia	10.256	R\$ 397,46
Urucuia	13.372	R\$ 259,38
Vargem Alegre	6.416	R\$ 407,13
Várzea da Palma	35.466	R\$ 413,59
Vazante	19.585	R\$ 650,88
Veredinha	5.455	R\$ 293,08
Vermelho Novo	4.505	R\$ 355,42
Viçosa	71.883	R\$ 892,25

Cluster 4

Município	População	Renda per capita
Água Boa	14.939	R\$ 322,12
Aimorés	24.592	R\$ 567,46
Alpercata	7.073	R\$ 401,21
Alvarenga	4.252	R\$ 312,46
Cantagalo	4.178	R\$ 329,90
Capitão Andrade	4.899	R\$ 403,35
Carmésia	2.405	R\$ 404,76
Central de Minas	6.657	R\$ 494,10
Conceição de Ipanema	4.362	R\$ 497,40
Conceição do Mato Dentro	17.699	R\$ 384,42
Conselheiro Pena	21.615	R\$ 445,95
Coroaci	9.977	R\$ 362,90
Cuparaque	4.628	R\$ 381,64
Divino das Laranjeiras	4.908	R\$ 388,40
Divinolândia de Minas	7.003	R\$ 340,10
Dom Cavati	5.176	R\$ 485,90
Dom Joaquim	4.239	R\$ 355,58
Dores de Guanhões	5.077	R\$ 361,09
Engenheiro Caldas	10.199	R\$ 407,77
Fernandes Tourinho	2.982	R\$ 351,58
Frei Inocência	8.657	R\$ 389,61
Frei Lagonegro	3.226	R\$ 201,83
Galiléia	6.810	R\$ 442,14
Goiabeira	3.034	R\$ 398,14
Gonzaga	5.657	R\$ 258,04

Município	População	Renda per capita
Governador Valadares	261.058	R\$ 678,74
Guanhães	30.957	R\$ 560,99
Ipanema	17.936	R\$ 518,10
Itabirinha	10.599	R\$ 390,33
Itanhomi	11.566	R\$ 474,77
Itueta	5.702	R\$ 429,77
Jampruca	4.930	R\$ 344,60
José Raydan	4.314	R\$ 327,01
Lajinha	19.057	R\$ 482,87
Luisburgo	5.945	R\$ 355,95
Mantena	26.359	R\$ 505,08
Marilac	4.176	R\$ 354,33
Martins Soares	7.119	R\$ 376,88
Materlândia	4.484	R\$ 255,52
Mathias Lobato	3.344	R\$ 326,18
Mendes Pimentel	6.300	R\$ 372,96
Mutum	25.730	R\$ 415,41
Nacip Raydan	3.103	R\$ 429,34
Nova Belém	3.451	R\$ 265,90
Nova Módica	3.724	R\$ 355,66
Paulistas	4.849	R\$ 321,22
Peçanha	17.117	R\$ 404,21
Pocrane	8.748	R\$ 365,67
Reduto	6.444	R\$ 449,53
Resplendor	16.644	R\$ 504,18

Cluster 4

Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Resplendor	16.644	R\$ 504,18	São José do Divino	3.793	R\$ 396,81
Rio Vermelho	13.243	R\$ 271,44	São José do Jacuri	6.458	R\$ 298,57
Sabinópolis	15.408	R\$ 420,36	São Pedro do Suaçuí	5.523	R\$ 358,75
Santa Efigênia de Minas	4.457	R\$ 293,27	São Sebastião do Maranhão	10.376	R\$ 267,28
Santa Maria do Suaçuí	13.826	R\$ 401,16	Sardoá	5.451	R\$ 321,60
Santa Rita do Itueto	5.505	R\$ 352,98	Senhora do Porto	3.454	R\$ 324,40
Santana do Manhuaçu	8.253	R\$ 383,28	Serra Azul de Minas	3.933	R\$ 226,22
São Félix de Minas	3.285	R\$ 312,33	Simonésia	17.446	R\$ 383,01
São Geraldo da Piedade	4.344	R\$ 391,27	Sobralia	5.769	R\$ 357,73
São Geraldo do Baixio	3.452	R\$ 404,81	Taparuba	3.126	R\$ 344,16
São João do Manhuaçu	10.034	R\$ 484,15	Tarumirim	13.919	R\$ 364,41
São João do Manteninha	5.032	R\$ 385,78	Tumiritinga	6.224	R\$ 366,89
São João Evangelista	15.374	R\$ 378,41	Virginópolis	10.385	R\$ 423,01
São José da Safira	4.045	R\$ 334,87	Virgolândia	5.591	R\$ 339,03

Cluster 5					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Águas Formosas	18.156	R\$ 389,57	Carbonita	9.054	R\$ 373,05
Águas Vermelhas	12.607	R\$ 306,97	Carlos Chagas	19.271	R\$ 432,37
Almenara	38.231	R\$ 419,98	Catuji	6.245	R\$ 221,41
Alvorada de Minas	3.395	R\$ 277,99	Catuti	4.946	R\$ 265,76
Angelândia	7.873	R\$ 322,80	Chapada do Norte	14.486	R\$ 279,92
Araçuaí	35.235	R\$ 410,67	Chapada Gaúcha	10.416	R\$ 282,53
Aricanduva	4.632	R\$ 249,75	Claro dos Poções	7.746	R\$ 337,07
Ataléia	14.316	R\$ 317,64	Coluna	8.821	R\$ 315,00
Bandeira	4.933	R\$ 302,00	Comercinho	8.201	R\$ 271,40
Berilo	12.038	R\$ 295,62	Cônego Marinho	6.927	R\$ 245,64
Berizal	4.295	R\$ 261,24	Congonhas do Norte	4.869	R\$ 270,30
Bertópolis	4.286	R\$ 288,77	Coração de Jesus	25.422	R\$ 287,28
Bocaiúva	46.261	R\$ 451,54	Coronel Murta	9.078	R\$ 291,66
Bom Jesus do Galho	15.215	R\$ 368,00	Couto de Magalhães de Minas	4.177	R\$ 333,91
Bonito de Minas	9.205	R\$ 195,65	Crisólita	5.911	R\$ 294,11
Botumirim	6.432	R\$ 230,25	Cristália	5.571	R\$ 200,51
Brasília de Minas	30.821	R\$ 360,93	Curral de Dentro	6.787	R\$ 279,64
Buritizinho	26.536	R\$ 340,72	Datas	5.131	R\$ 313,84
Cachoeira de Pajeú	8.673	R\$ 265,27	Diamantina	45.013	R\$ 597,41
Campanário	3.542	R\$ 350,46	Divisa Alegre	5.856	R\$ 341,94
Campo Azul	3.600	R\$ 244,97	Divisópolis	8.872	R\$ 290,45
Capelinha	34.076	R\$ 432,55	Engenheiro Navarro	6.985	R\$ 332,37
Capitão Enéas	13.831	R\$ 282,97	Entre Folhas	5.136	R\$ 373,10
Caraí	21.409	R\$ 244,29	Espinosa	30.536	R\$ 299,13
Caratinga	84.072	R\$ 610,29	Felício dos Santos	5.077	R\$ 274,20

Cluster 5					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Felisburgo	6.595	R\$ 290,80	Itinga	13.962	R\$ 260,00
Francisco Badaró	10.029	R\$ 286,56	Jacinto	11.857	R\$ 325,42
Francisco Dumont	4.771	R\$ 326,70	Jaíba	33.112	R\$ 376,73
Francisco Sá	24.196	R\$ 344,32	Jampruca	4.930	R\$ 344,60
Franciscópolis	5.738	R\$ 296,76	Janaúba	66.194	R\$ 468,29
Frei Gaspar	5.771	R\$ 275,62	Januária	62.686	R\$ 359,19
Fronteira dos Vales	4.588	R\$ 255,11	Japonvar	8.127	R\$ 254,77
Fruta de Leite	5.872	R\$ 241,93	Jenipapo de Minas	7.064	R\$ 309,77
Gameleiras	5.070	R\$ 258,85	Jequitaiá	7.780	R\$ 345,53
Glaucilândia	2.932	R\$ 293,97	Jequitinhonha	23.639	R\$ 376,03
Gouveia	11.604	R\$ 382,78	Joáima	14.669	R\$ 281,18
Grão Mogol	14.304	R\$ 293,87	Joaquim Felício	4.256	R\$ 433,58
Guaraciama	4.666	R\$ 306,99	Jordânia	10.244	R\$ 362,77
Ibiaí	7.550	R\$ 269,24	José Gonçalves de Minas	4.459	R\$ 328,27
Ibiracatu	5.958	R\$ 225,72	Josenópolis	4.494	R\$ 232,47
Icaraí de Minas	10.350	R\$ 277,40	Juramento	4.030	R\$ 335,93
Imbé de Minas	6.187	R\$ 281,68	Juvenília	5.538	R\$ 223,32
Indaiabira	7.173	R\$ 286,93	Ladainha	16.083	R\$ 226,72
Inhapim	23.590	R\$ 434,81	Lagoa dos Patos	4.176	R\$ 321,11
Itacambira	4.749	R\$ 277,92	Lassance	6.380	R\$ 364,30
Itacarambi	17.449	R\$ 321,22	Leme do Prado	4.748	R\$ 338,71
Itaipé	11.339	R\$ 277,80	Lontra	8.274	R\$ 312,77
Itamarandiba	31.679	R\$ 374,21	Luislândia	6.250	R\$ 273,73
Itambacuri	22.131	R\$ 370,48	Machacalis	6.940	R\$ 350,63
Itaobim	20.755	R\$ 362,88	Malacacheta	18.421	R\$ 353,28

Cluster 5					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Mamonas	6.246	R\$ 269,87	Pai Pedro	5.718	R\$ 203,93
Manga	19.284	R\$ 387,71	Palmópolis	6.769	R\$ 259,75
Mata Verde	7.796	R\$ 298,19	Patis	5.450	R\$ 244,72
Matias Cardoso	9.646	R\$ 303,00	Pavão	8.245	R\$ 333,55
Mato Verde	12.556	R\$ 343,76	Pedra Azul	23.512	R\$ 327,18
Medina	20.566	R\$ 388,82	Pedras de Maria da Cruz	10.031	R\$ 268,27
Minas Novas	29.729	R\$ 334,06	Pescador	3.966	R\$ 367,74
Mirabela	12.948	R\$ 326,06	Piedade de Caratinga	7.091	R\$ 381,36
Miravânia	4.416	R\$ 235,64	Pintópolis	7.047	R\$ 260,14
Montalvânia	15.474	R\$ 305,88	Pirapora	52.787	R\$ 596,44
Monte Azul	21.600	R\$ 358,13	Ponto Chique	3.856	R\$ 269,28
Monte Formoso	4.385	R\$ 206,62	Ponto dos Volantes	10.911	R\$ 267,46
Montes Claros	358.628	R\$ 650,62	Porteirinha	37.047	R\$ 320,48
Montezuma	7.386	R\$ 308,78	Poté	15.385	R\$ 303,44
Nanuque	40.552	R\$ 505,55	Presidente Kubitschek	2.801	R\$ 282,93
Ninheira	9.615	R\$ 210,17	Riacho dos Machados	9.133	R\$ 255,57
Nova Módica	3.724	R\$ 355,66	Rio do Prado	5.092	R\$ 283,37
Nova Porteirinha	7.350	R\$ 302,09	Rio Pardo de Minas	28.312	R\$ 306,96
Novo Cruzeiro	29.829	R\$ 264,66	Rubelita	7.470	R\$ 248,99
Novo Oriente de Minas	9.896	R\$ 274,37	Rubim	9.741	R\$ 311,79
Novorizonte	4.839	R\$ 299,95	Salinas	38.577	R\$ 613,65
Olhos-d'Água	5.208	R\$ 348,90	Salto da Divisa	6.773	R\$ 306,04
Ouro Verde de Minas	5.897	R\$ 298,76	Santa cruz de Salinas	4.251	R\$ 242,55
Padre Carvalho	5.756	R\$ 286,32	Santa Fé de Minas	3.816	R\$ 313,25
Padre Paraíso	18.256	R\$ 253,77	Santa Helena de Minas	5.876	R\$ 218,43

Cluster 5					
Município	População	Renda per capita	Município	População	Renda per capita
Santa Maria do Salto	5.250	R\$ 321,15	Urucuia	13.372	R\$ 259,38
Santo Antônio do Itambé	4.081	R\$ 225,85	Vargem Grande do Rio Pardo	4.615	R\$ 265,02
Santo Antônio do Jacinto	11.243	R\$ 286,56	Várzea da Palma	35.466	R\$ 413,59
Santo Antônio do Retiro	6.648	R\$ 183,75	Varzelândia	18.592	R\$ 238,92
São Domingos das Dores	5.353	R\$ 338,29	Verdelândia	8.131	R\$ 233,27
São Francisco	52.834	R\$ 325,23	Veredinha	5.455	R\$ 293,08
São Gonçalo do Rio Preto	3.033	R\$ 321,22	Virgem da Lapa	13.224	R\$ 305,36
São João da Lagoa	4.556	R\$ 286,35			
São João da Ponte	24.905	R\$ 258,77			
São João Das Missões	11.321	R\$ 181,77			
São João do Pacuí	3.902	R\$ 346,53			
São João do Paraíso	21.849	R\$ 300,81			
São José do Divino	3.793	R\$ 396,81			
São Romão	9.951	R\$ 307,02			
São Sebastião do Anta	5.726	R\$ 327,54			
Senador Modestino Gonçalves	4.484	R\$ 271,55			
Serra dos Aimorés	8.267	R\$ 464,82			
Serranópolis de Minas	4.371	R\$ 351,46			
Serro	20.436	R\$ 457,27			
Setubinha	10.461	R\$ 224,63			
Taiobeiras	30.694	R\$ 426,91			
Teófilo Otoni	131.628	R\$ 615,34			
Turmalina	17.821	R\$ 446,26			
Ubái	11.452	R\$ 247,91			
Umburatiba	2.677	R\$ 332,13			