

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS
POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL:
SAÚDE E EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL**

Sônia Miriam Draibe

Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los
Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención
Primaria de Salud en América Latina y El Caribe



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1996**

LCL.1089
Febrero de 1998

Este documento fue preparado por la señora Sônia Miriam Draibe, consultora del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y El Caribe (HOL/94/S57).

La autora desea agradecer la colaboración de Paulo Sérgio Fracalabanza, Neuza Maria Barbosa, Paulo Enrique Rangel, William Lonzar, Maria Fernanda Cardoso, Estagiários Valentina Letelier.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

PREFACIO	4
RESUMO	5
I. INTRODUÇÃO	6
II. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL	8
1. O federalismo fiscal brasileiro: características e transformações recentes	8
III. A DESCENTRALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL E DA POLÍTICA DE SAÚDE	15
1. A descentralização da educação fundamental	18
2. A descentralização da política de saúde	30
3. A descentralização em educação e saúde: as diferenças dos modelos	38
IV. DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO NÍVEL LOCAL	43
1. Critérios de seleção e principais características dos estados e municípios selecionados	43
2. A avaliação dos resultados	51
CONCLUSÕES	70
NOTAS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

PREFÁCIO

O Projeto Regional sobre Financiamento Público e Previsão dos Serviços Sociais: O papel do Estado na Educação Básica e Atenção Primária de Saúde na América Latina e o Caribe, que executa a Comissão Económica para a América Latina e o Caribe -CEPAL- com a cooperação do governo dos países baixos (HOL/94/S57) e da Autoridade Sueca para o desenvolvimento Internacional -ASDI- (SWE/95/S61), está dirigido a identificar os principais desafios que enfrentam os governos da região no âmbito do desenho e implementação das políticas sociais, assim como as potencialidades e limitações associadas a uma política de descentralização dos serviços sociais que permita contabilizar as dimensões de eficiência e equidade em um contexto caracterizado pela presença de um restrito orçamento.

Com esse objeto, o projeto se propõe analisar os processos de reforma das políticas na Educação Fundamental e Atenção Primária de Saúde, tomando como eixo central os processos de descentralização num conjunto heterogeneo de países da região entre os quais se encontram: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, México e Nicarágua.

A sua vez, se realizam análises comparativos -entre países- dos processos de reformas que vem tomando lugar em cada setor, com o propósito de identificar os principais fatos estilizados e as lições de política que surgem da revisão destes processos.

RESUMO

Este ensaio expõe os resultados da pesquisa Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental -realizada no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas -NEPP da UNICAMP, sob minha coordenação- integra o conjunto de estudos nacionais do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales, coordenado por da Divisão de Estudos Econômicos da CEPAL.

Desenvolvendo-se entre janeiro e novembro de 1996, o estudo teve por objetivo avaliar a política brasileira de descentralização em saúde e educação fundamental através do exame dos processos concretos até agora implantados no nível municipal. Para realizá-la, foram selecionados para estudos de caso os 6 seguintes municípios: no Estado de São Paulo: Campinas, Santos e Itaberá; no Estado da Bahia: Salvador, Catú e Coronel João Sá. Nestes municípios, além das informações secundárias previamente sistematizadas, foram realizados estudos de campo, envolvendo levantamentos locais e entrevistas com os principais atores.

I. INTRODUÇÃO

Este ensaio expõe os resultados da pesquisa Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: saúde e educação fundamental-, que examinou as características do processo brasileiro recente de descentralização da educação fundamental e da política de saúde, sob a perspectiva de seus impactos sobre a eficiência social e técnica dos serviços e sobre a equidade da oferta. Dois eixos estruturaram a investigação.

No plano nacional, à luz da descentralização fiscal ocorrida no país, foram reconstituídas as motivações, movimentos e modalidades das políticas de descentralização das áreas sociais, confrontadas aos principais indicadores de provisão dos serviços. No plano municipal, as características específicas da descentralização foram investigadas em campo, em 6 municípios pertencentes a 2 estados da federação: no Estado de São Paulo, localizado na Região Sudeste, os municípios de Campinas, Santos e Itaberá, respectivamente de porte grande, médio e pequeno; no Estado da Bahia, pertencente à Região Nordeste, os municípios de Salvador (capital, porte grande), Catú (médio) e Coronel João Sá (pequeno).

É bastante acentuado o esforço de descentralização que o país vem realizando desde os anos oitenta, desencadeado como importante dimensão do movimento de democratização e fortemente marcado pela questão federativa. Concebida como estratégia de consolidação de direitos sociais e extensão da cidadania, a descentralização das políticas sociais ocupou lugar central na agenda política da descentralização dos anos oitenta, o municipalismo constituindo a sua mais visível modalidade. A tais motivações políticas vieram sobrepor-se já nos anos 90, também preocupações de ordem fiscal, pertinentes à etapa de estabilização e ajustamentos que o país atravessa e a um recrudescimento de conflitos fiscais entre os entes federados.

São de natureza distinta as motivações que mobilizaram os atores e as coalizões pró-descentralização nas arenas da saúde e da educação. No caso da política de saúde, tratou-se de uma trajetória *botton-up*, típica dos anos oitenta, dirigida por forte movimento social mobilizado para a construção do sistema único de saúde integrado, descentralizado e universal. O progressivo processo de implementação da reforma foi exitoso na municipalização gradativa da gestão dos serviços, sem que do ponto de vista financeiro o sucesso fosse o mesmo: o sistema mantém uma exagerada dependência de recursos federais e avançou nos últimos anos para uma etapa quase-falimentar, cujas soluções não se vislumbram ainda.

Diferentemente, a área de educação fundamental partiu de uma situação *ex-ante* já descentralizada, segundo a tradição republicana e federativa, na qual estados e municípios praticamente respondiam pela oferta da educação básica e média, embora do ponto de vista regulatório e de recursos fosse acentuado o papel do nível federal. Por outro lado, as unidades escolares sempre foram quase que absolutamente desprovidas de autonomia. O esforço descentralizador desencadeado pelo atual governo (desde 1995) conforma um movimento *up-down*, impulsionado pelo *central reformist team* localizado no Ministério da Educação, como parte da estratégia mais global de reforma do sistema nacional de educação com objetivos de modernização e sobretudo de melhora de qualidade. A autonomização da escola tem prevalecido, entre os

programas do MEC, como modalidade de descentralização, integrada também pelo reforço da dimensão participativa e social (reforço das funções de conselhos e órgãos colegiados).

A investigação pode confirmar o inegável o avanço da descentralização das políticas sociais, no Brasil, desde meados da década dos oitenta, registrado pelo aumento de poder e recursos dos governos subnacionais, com correlato enfraquecimento do governo central. Expressão desse avanço, o crescimento da participação dos municípios e, em seguida, dos estados, no gasto social total foi bastante significativo, quando se comparam as informações do início dos oitenta com as atuais.

Do ponto de vista de cumprimento de metas, descentralização e maior autonomia decisória efetivamente parecem ter andado juntas, na experiência recente do país, seja por ampliação de poderes de prefeitos e diretores de serviços sociais, seja por ampliação dos canais de participação social, através de Conselhos Municipais e associações de pais nas unidades escolares. Coerentemente a tais efeitos, registrou-se maior satisfação de usuários e de gestores. Mesmo quando sejam notoriamente insuficientes, por qualquer medida que as meçam, as maiores autonomia e participação registradas significam efetivas inflexões, no país, das suas fortes tradições de centralismo autoritário e burocrático, de difícil remoção, como se sabe.

Entretanto, principalmente nos planos de organização e capacidades administrativas, são grandes os obstáculos ainda enfrentados pelas políticas: a duplicidade de redes, que reduz potencial de integração local da descentralização; a ausência de políticas e de recursos de capacitação para as funções descentralizadas; a ausência de sistemas de monitoramento, supervisão e controles visando garantir padrões de qualidade dos serviços. Ao que parece, as políticas de descentralização de saúde e de educação não foram suficientemente acompanhadas de adequadas reformas administrativas capazes de potencializar as vantagens e as capacidades das próprias redes. Sem dúvida, acumulam-se ainda nesse plano os mais sérios desafios a serem enfrentados imediatamente.

É ainda precoce, no caso brasileiro, atribuir a descentralização das políticas de descentralização em saúde e em educação fundamental as melhoras verificadas nos resultados dos programas. Melhoras dos indicadores clássicos de desempenho, registradas nos municípios estudados, são de magnitudes próximas às médias nacionais e regionais e, como aquelas, correspondem a conjuntos mais amplos de políticas e investimentos passados, dificilmente podendo ser correlacionadas apenas à descentralização. Como dissemos, esta, além de relativamente recente, enfrenta condições adversas que ainda a impedem de revelar todas as suas vantagens, entre elas os esperados bons efeitos sobre a qualidade e a suficiência dos serviços prestados.

Uma última palavra ao leitor, antes de expô-lo às evidências encontradas. Infelizmente a investigação não pôde comparar, em momentos diferentes da descentralização, o comportamento dos custos dos programas, por inexistência e insuficiência das informações. Mas a criar nas indicações e sugestões dos esparsos dados, e até mesmo da literatura, não se pode esperar redução de custos, pelo menos nos curto e médio prazo, segundo o sonho do fiscalismo conservador.

Afinal, por razões várias, entre elas o acúmulo, por longo período, de deficiências de toda ordem em matéria de capacitação e remuneração de recursos humanos; de infraestrutura física; de equipamentos e material—é previsível que o avanço da descentralização seja também acompanhado por maior pressão por aumento de qualidade dos serviços, até agora muito baixa. Seguramente, para que caminhem juntas a descentralização e a maior equidade da prestação dos serviços, as soluções de melhora de qualidade envolverão ampliação de recursos, custos e gasto, para além dos reforços adicionais para corrigir disparidades regionais e locais. O caso dos programas educacionais estudados nesta investigação demonstram—no com clareza.

II. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL

1. O federalismo fiscal brasileiro: características e transformações recentes

Os acentuados graus de autonomia dos governos subnacionais frente ao governo federal fazem do federalismo brasileiro um caso ímpar no cenário latino-americano.¹ Superadas as competências fiscais em mãos da União promovida pelo regime autoritário,² o movimento de democratização teve entre suas principais demandas a recuperação e ampliação das prerrogativas fiscais dos estados e municípios e a descentralização para esses níveis de poder de funções até então concentradas no executivo federal. O sucesso com que tais demandas foram negociadas e pactadas pelos entes federativos materializou-se na Constituição de 1988.

Além de reconhecer os municípios como membros da Federação -peculiaridade quase única entre países de estrutura federativa- a nova Constituição ampliou significativamente as transferências intergovernamentais, beneficiando sobretudo os municípios. A instabilidade econômica e a aceleração inflacionária verificadas nos anos posteriores à nova Constituição e, mais recentemente, as mudanças provocadas pelo processo de estabilização desencadeado em meados de 1994, introduziram turbulências no novo desenho do federalismo brasileiro. Embora não tenham sido esterilizadas as disposições que possibilitaram o incremento das receitas e um maior grau de autonomia dos governos subnacionais, os esforços de ajustamento fiscal têm sido enfrentados com dificuldades pelos entes federados e avançam em meio a um estado de "quase guerra" fiscal principalmente entre os estados. Tais circunstâncias, entre outras, dificultam hoje a pactuação política das reformas necessárias para que se corrijam os desequilíbrios que ainda se verificam.

Ainda assim, os efeitos positivos esperados da descentralização fiscal foram preservados. Afonso (1994) e Rezende (1995), mesmo sublinhando a ausência de um plano bem articulado de descentralização de encargos, registram evidências de que, apesar dos revezes que atingiram as finanças dos estados e municípios desde 1988, os governos subnacionais estão absorvendo progressivamente maiores responsabilidades no financiamento dos programas sociais, decrescendo em contrapartida o volume de recursos empenhados pelo governo federal nesses mesmos programas.

a) Características da descentralização fiscal

Em primeiro lugar, convém verificar como são definidas as competências governamentais. O quadro 1, de maneira sintética, discrimina a repartição das competências e funções por cada esfera de governo.³

Com relação à repartição dos encargos entre os três níveis de governo, deve-se ressaltar que a Constituição de 1988, em diversas áreas de atuação governamental, não delimitou as fronteiras de atuação dos distintos níveis de governo. Como resultado, muitas das funções governamentais - exercidas concorrentemente pelos três níveis de governo, gerando assim, inevitáveis superposições de programas e gastos. Na tabela 1 apresentam-se os gastos por funções para os três níveis de governo, como proporção do PIB.

Tabela 1
BRASIL: ESTRUTURA FUNCIONAL DOS GASTOS POR NÍVEIS DE GOVERNO EM
PROPORÇÃO DO PIB - 1991

Categorias de Funções	Funções	Governo Federal	Governo Estadual	Governo Municipal
Funcionamento do Estado	Serviços do Governo em Geral	8.0	3.2	1.2
	Defesa e Segurança Pública	1.4	0.8	0.0
Gasto Social e Recursos Humanos	Educação e Cultura	1.0	1.9	1.2
	Saúde	1.7	1.1	0.7
	Previdência e Assistência Social	9.0	1.3	0.4
	Habitação e Serviços Urbanos	-	0.2	1.0
Inf. Econômica e Subsídios	Assuntos e Serviços Econômicos	2.8	1.2	0.7
Dívida Pública	Serviço da Dívida Pública	8.2	1.2	0.2

Fonte: CEEG/FGV e Anuário do FMI, para Estados e Municípios, STN/MF. Apud Afonso (1994).

Notas: Não disponíveis os dados sobre os gastos das empresas estatais por setores de atividade econômica.

Governo Federal: despesas líquidas de transferências intragovernamentais.

Saúde: nos governos estaduais e municipais, inclui gastos com saneamento.

Previdência: inclui gastos com servidores públicos inativos e com a função trabalho.

Assuntos econômicos: compreende gastos com transportes, comunicações, energia e mineração, agricultura, indústria e comércio.

Serviços governamentais em geral: compreende gastos com legislativo, judiciário, administração e planejamento, desenvolvimento regional e outros não identificados.

Serviço da dívida: despesas com amortização, juros, correção monetária e demais encargos da dívida interna e externa.

b) *Indicadores da descentralização fiscal no Brasil*

A provisão descentralizada dos serviços de saúde e educação envolve, por definição, recursos dos níveis subnacionais de governo e, teoricamente, será tão mais radical quanto menos depender dos recursos transferidos das esferas centrais. Neste sentido, é útil avaliar como evoluiu o federalismo fiscal brasileiro no período recente.

Para tanto, vale lembrar que os recursos tributários, além de integrarem as receitas próprias dos entes federados, são entre eles distribuídos sob duas formas: as transferências constitucionais ou automáticas (ou ainda transferências tributárias) e as transferências negociadas ou transferências não-tributárias. A maior parte dos tributos (quadro 2) é arrecada pela União, que, através do Fundo de Participação de Estados e Municípios - FPEM, os distribui a estados e municípios segundo regras constitucionais que definem os montantes e os critérios de destinação.⁴ Também entre os estados e os municípios, transferências automáticas, através do Fundo de Participação dos Municípios, são previstas por lei. Outra parcela dos recursos da União (e dos estados) é transferida para Estados e Municípios (ou aos municípios, no caso dos estados) mediante convênios, empréstimos, projetos, etc. (as transferências não-tributárias ou negociadas).⁵ A receita disponível de cada nível de governo expressará o montante líquido de recursos de que dispõe (tributários e não-tributários) após as transferências. Vejamos então as mudanças recentes no quadro fiscal brasileiro a partir das alterações que se registram nos comportamentos das receitas próprias e das transferências entre os níveis de governo. A tendência geral enfatizada pela literatura é a do reforço da posição fiscal dos estados e principalmente dos municípios entre o início da década de oitenta e os primeiros anos dos noventa. A tabela 2 mostra que, entre os anos de 1980 e 1991, o total das receitas dos três níveis de governo em relação ao PIB cresceu quase 40%, passando de 25.1% a 35% respectivamente. Mostra também um aumento da participação das receitas disponíveis dos estados e principalmente dos municípios na receita total: enquanto que em 1980, 25.1% e 9.6% do total das receitas disponíveis estavam

respectivamente em mãos dos estados e dos municípios, em 1991 esses percentuais passaram a ser, respectivamente 26.6% e 15.7% do total das receitas.

Quadro 1
DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E FUNÇÕES POR NÍVEL DE GOVERNO

		Funções Voluntárias ou Comuns			Funções obrigatórias determinadas pela Constituição			Funções por encargo de outro nível de governo		
		NÍVEL ENCARREGADO								
		U	E	M	U	E	M	U	E	M
Serviços Públicos Locais (A)	N	U								
	I	E				X				
	V	M					X	Xa	Xa	
Transportes Interestaduais e Energia Elétrica (B)	E	U			X				Xb	
	L	E								
		M								
Comunicações e Petróleo	Q	U			X					
	U	E								
	E	M								
Ensino, Saúde e Assistência Social (C)	D	U	X	X	X					
	E	E	X	X	X					
		M	X	X	X					
Previdência Social	L	U			X					
	E	E				Xc				
	G	M					Xc			
Defesa Nacional e Segurança Pública	A	U			X				Xd	Xd
		E								
		M								
Habitação Meio Ambiente		U	X	X	X					
		E	X	X	X					
		M				X				
Assuntos Econômicos					X					

Fonte: AFONSO (1994). NEPP/UNICAMP, 1996.

Notas: Níveis de Governo (U) Federal ou União, (E) Estadual e (M) Municipal. (A) Serviços Locais (como transporte coletivo urbano, abastecimento de água, saneamento e coleta de lixo) são de competência exclusiva dos municípios, com exceção do gás canalizado que é atribuição exclusiva dos governos estaduais. (B) Competência constitucional do governo federal para explorar, diretamente ou mediante concessão, os serviços de transporte rodoviário interestadual, aquaviário e de navegação aérea, assim como as infraestruturas requeridas (como portos e aeroportos) e os serviços de energia elétrica. A exploração da indústria nuclear é monopólio do governo federal. (C) Competências concorrentes aos três níveis de governo, com atribuições complementares subjetivas ignoradas na prática. (Xa) Por delegação dos municípios, empresas estaduais exploram serviços de água e esgoto na maior parte do país. Entidades federais, prestam serviços. (Xb) Empresas estaduais são concessionárias de energia elétrica e controlam sua distribuição. Nos estados mais ricos constroem e mantêm grande parte do sistema. (Xc) Estados e municípios podem optar por manter sistemas próprios de previdência exclusivo para seus servidores. (Xd) Como forças reservas do Exército, governos estaduais mantêm polícias (civil e militar) e corpo de bombeiros. Os governos municipais mantêm guardas locais em seus municípios.

Duas razões têm sido apontadas na explicação desse fortalecimento financeiro dos estados e municípios brasileiros, referidas às alterações tributárias introduzidas pela Constituição de 1988: o aumento da competência tributária dos governos subnacionais e, em segundo lugar, o aumento da participação das esferas de governo inferiores na arrecadação de seus governos superiores. O reforço

da competência tributária dos estados e municípios, entre 1980 e 1991, pode ser verificado pelo aumento da participação das receitas arrecadas por esses níveis de governo tanto na arrecadação total quanto em percentuais do PIB, como mostra a tabela 3. Embora a arrecadação tributária continua bastante concentrada em mãos da União, a participação dos tributos federais na arrecadação total diminuiu de 72.5% para 60.4%, enquanto a dos estados aumentou de 24.3% para 34.3% e a dos tributos municipais cresceu de 3.2% para 5.4%. Medidas em termos percentuais do PIB, as arrecadações de cada nível de governo registraram movimento equivalente (caíram de 16.2% a 13.9% no caso da União, e aumentaram, no caso dos estados e municípios, respectivamente de 0.7% a 3.2% e de 1.2% a 5.4%).

Quadro 2
EQUILIBRIO VERTICAL DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

ANOS	EQUILIBRIO VERTICAL		DESPESAS AUTONOMAS/ TOTAL DESPESAS (3)
	ARRECADAÇÃO PRÓPIA (1)	RECEITA DISPONIVEL (2)	
Estado			
1980	87	87	81
1985	72	84	82
1986	81	94	81
1987	68	79	81
1988	86	98	75
1989	96	106	74
1990	75	88	76
1991	88	101	75
Municípios			
1980	40	94	94
1985	23	83	99
1986	27	91	95
1987	26	79	91
1988	24	65	90
1989	37	102	88
1990	26	80	96
1991	29	69	91

Fonte: Afonso (1994) a partir dos dados levantados pelo CEEG/FGV e Anuário do FMI

Notas:

- (1) Equilíbrio vertical a partir da arrecadação própria: arrecadação própria / despesas autônomas.
- (2) Equilíbrio vertical a partir da receita disponível: (arrecadação própria + saldo de transferências tributárias)/despesas autônomas.
- (3) Despesas autônomas / despesas totais: despesas totais incluem despesas vinculadas.

A maior competência fiscal dos entes subnacionais, principalmente dos municípios, revela também um maior esforço de taxação e cobrança de impostos realizado por aqueles últimos. Se se toma a participação das receitas municipais próprias no total das receitas orçamentárias municipais, esta eleva-se de 30% em 1980 a 37% em 1991⁶ (Afonso, 1994).

Tabela 2
BRASIL: RECEITAS DISPONÍVEIS DE CADA NÍVEL DE GOVERNO, TOTAL DAS RECEITAS EM RELAÇÃO AO PIB E PARTICIPAÇÃO RELATIVA DAS RECEITAS DISPONÍVEIS DE CADA NÍVEL DE GOVERNO COMO PORCENTAGEM DO TOTAL DAS RECEITAS (1980-1991).

Receitas Disponíveis por nível de governo	1980 (% do PIB)	1980 (% do total)	1991 (% do PIB)	1991 (% do total)
União	16.4	65.3	20.2	57.7
Estados	6.3	25.1	9.3	26.6
Municípios	2.4	9.6	5.5	15.7
Total das Receitas	25.1	100.0	35.0	100.0

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados coletados por Afonso (1994). Dados levantados pelo CEEG/FGV e

Anuário do FMI. PIB - Contas Nacionais.

Notas: Os valores aos quais se referem as porcentagens foram atualizados para preços médios de 1991 (Deflator Implícito do PIB) e, depois, convertidos pela taxa cambial média ajustada.

Abrangência: arrecadação das administrações central e descentralizada. Excluídos recursos dos fundos patrimoniais dos trabalhadores (FGTS e PIS-PASEP). NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 3
BRASIL: RECEITAS TRIBUTÁRIAS DE CADA NÍVEL DE GOVERNO E TOTAL DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS EM RELAÇÃO AO PIB E PARTICIPAÇÃO RELATIVA DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS DE CADA NÍVEL DE GOVERNO COMO PORCENTAGEM DO TOTAL DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS (1980-1991)

Receitas Tributárias por nível de governo	1980 (% do PIB)	1980 (% do total)	1991 (% do PIB)	1991 (% do total)
União	16.2	72.5	13.9	60.2
Estados	5.4	24.3	7.9	34.4
Municípios	0.7	3.2	1.2	5.4
Total receitas	22.3	100.0	23.0	100.0

Fonte: Afonso (1994) a partir de execução orçamentária consolidada pelo CEEG/FGV e Anuário do FMI. PIB - Contas Nacionais.

Notas: Os valores aos quais se referem as porcentagens foram atualizados para preços médios de 1991 (Deflator Implícito do PIB) e, depois, convertidos pela taxa cambial média ajustada. Abrangência: arrecadação das administrações central e descentralizada. Excluídos recursos dos fundos dos trabalhadores (FGTS e PIS-PASEP). NEPP/UNICAMP, 1996.

O aumento das transferências federais é a outra razão que contribui para explicar o fortalecimento financeiro dos governos subnacionais brasileiros a partir de 1988. Conforme avalia Afonso (1994), até 1988 aumentara a parcela de transferências federais não tributárias para os governos subnacionais, por conta da prioridade dada aos gastos com saúde e em troca de entendimentos favoráveis às teses defendidas pelo governo na Assembléia Constituinte. De 1988 em diante, ampliaram-se as transferências federais tributárias cujos fluxos, conforme assinalam Afonso & Lobo (1996), além de expressivos (mais de 6% do PIB), são diversificados, envolvendo as repartições tributárias regulares e predefinidas (cerca de 3/4), ressarcimentos de compras de serviços de saúde e repasses voluntários (1/4). É útil destacar, também, que além do aumento do volume de recursos transferidos, também o novo quadro constitucional tornou mais transparentes e seguros os mecanismos das transferências (Afonso, 1994: 21).

Não por acaso, então, as comparações internacionais mostram estarem os municípios brasileiros entre os mais dependentes de recursos transferidos por outros níveis de governo. Entretanto, embora as transferências governamentais sejam essenciais para a sustentação financeira dos municípios e de alguns estados brasileiros, não se pode daí deduzir que a autonomia financeira dos governos subnacionais esteja comprometida, já que as transferências tributárias não estão vinculadas a despesas específicas. Indicadores de equilíbrio vertical e horizontal permitem examinar isso.

De fato, tomando-se o conceito clássico de equilíbrio vertical -a relação entre a arrecadação própria (receitas tributária e não tributárias) e as despesas fixadas autonomamente- verifica-se que, enquanto para os estados esta relação mostra-se bastante elevada, no caso dos municípios revela baixa capacidade de auto-financiamento. Segundo aquele critério, no biênio 1990-1991, a participação das receitas disponíveis de cada nível de governo em relação às suas despesas fixadas autonomamente foi de 94.5% para os estados e de 74.5% para os municípios. O que demonstra também que, embora sejam muito dependentes de recursos transferidos dos outros níveis de governo, os municípios brasileiros gozam de grande autonomia para alocá-los segundo critérios próprios, o que ocorre mesmo no caso dos recursos destinados a educação e saúde que, em função de vinculações genéricas, são repassados como *blok grants*.⁷

No que respeita ao equilíbrio horizontal, o federalismo fiscal brasileiro revela um forte componente redistributivo das transferências federais em direção aos estados menos desenvolvidos. Como pode ser verificado na tabela 4 abaixo, para os estados das regiões menos desenvolvidas (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste), em 1991, os percentuais de participação no total da arrecadação própria do país são sempre menores do que os percentuais de participação no total dos recursos transferidos.⁸ Em contrapartida, para os estados das regiões mais desenvolvidas (regiões Sudeste e Sul) o movimento é inverso: os percentuais de recursos transferidos pela União são menores do que os percentuais dos recursos líquidos arrecadados por estas regiões.

Tabela 4
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA RECEITA TRIBUTÁRIA
ARRECADADA E DISPONÍVEL, 1991

Ano	Níveis de Governo	Receitas	Menos desenv.	Mais desenv.	Brasil
1991	Estados	Arrec. líq.	23.2	76.8	100
		Transf.	67.8	32.2	100
		Rec. disp.	32.5	67.5	100
	Municípios	Arrec. líq.	16.2	83.8	100
		Transf.	32.8	67.2	100
		Rec. disp.	28.1	71.9	100
	Estados + Municípios	Arrec. líq.	21.9	78.1	100
		Transf.	43.9	56.1	100
		Rec. disp.	30.8	69.2	100

Fonte: Afonso (1994): MF/Tesouro Nacional/SIAFI e CONFAZ (dados não disponíveis para municípios de RR).

Notas: Arrecadação líquida (1991): arrecadação própria de impostos e taxas. Para os Estados líquida da cota-parte municipal no ICMS e IPVA (estimada). Transferências (1991): repartição constitucional/legal. Da União inclui fundos de participação, cotas do IOF/ouro, ITR, cotas-parte do salário-educação e royalties petróleo (conforme desembolsos efetivamente realizados). Receita Disponível: própria mais saldo das transferências constitucionais e legais (na União, desembolsos efetivos). Valores atualizados para preços (IGP-DI) e câmbio médios de 1991.

Do mesmo modo, o maior benefício aos estados das regiões menos desenvolvidas pode ser verificado através da relação entre receitas disponíveis e receitas transferidas. A tabela 5 mostra que para os estados daquelas regiões, o volume das transferências tributárias representa uma parcela bastante importante no total das receitas disponíveis. Inversamente, para os estados das regiões mais desenvolvidas do país as transferências tributárias da União são pouco expressivas se comparadas ao total das receitas disponíveis.

Com relação aos governos municipais a situação é semelhante à descrita para os estados. Como mostra a tabela 4, os municípios dos estados pertencentes às regiões menos desenvolvidas do país (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) participam mais dos recursos transferidos do que dos recursos arrecadados no total do país. Já os municípios localizados nos estados das regiões mais desenvolvidas (regiões Sudeste e Sul) contribuem com cerca de 84% do total da arrecadação própria municipal do país, enquanto participam em apenas 67% do total das transferências intergovernamentais. Se a forte relação entre população e transferências explica a concentração em cerca de dois terços dessas últimas nos populosos municípios das regiões desenvolvidas, é seguramente seu maior peso econômico que garante-lhes a maior representatividade da sua arrecadação própria nas suas receitas disponíveis.

Tabela 5
BRASIL: COMPOSIÇÃO DA RECEITA TRIBUTÁRIA DISPONÍVEL EM 1991

Ano	Níveis de Governo	Receitas	Menos desenv.	Mais desenv.	Brasil
1991	Estados	Arrec. líq.	56.5	90.1	79.2
		Transf.	43.5	9.9	20.8
		Rec. disp.	100.0	100.0	100.0
	Municípios	Arrec. líq.	16.3	33.1	28.3
		Transf.	83.7	66.9	71.6
		Rec. disp.	100.0	100.0	100.0
	Estados + Municípios	Arrec. líq.	42.5	67.3	59.7
		Transf.	57.5	32.6	40.3
		Rec. disp.	100.0	100.0	100.0

Fonte: Afonso (1994): Dados de 1991 - Ministério da Fazenda, Tesouro Nacional/SIAPF e CONFAZ (dados não disponíveis para municípios de RR).

Notas: Arrecadação líquida (1991): arrecadação própria de impostos e taxas. Para os Estados líquida da cota-parte municipal no ICMS e IPVA (estimada). Transferências (1991): repartição constitucional/legal. Da União inclui fundos de participação, cotas do IOF/ouro, ITR, cotas-parte do salário-educação e royalties petróleo (conforme desembolsos efetivamente realizados). Receita Disponível: própria mais saldo das transferências constitucionais e legais (na União, desembolsos efetivos). Valores atualizados para preços (IGP-DI) e câmbio médios de 1991.

Mas mesmos estes participam, juntamente com todos, da já assinalada característica dependência financeira municipal em relação às transferências intergovernamentais. Com efeito, as diferenças inter-regionais revelam-se mais fracas quando se examinam as informações relativas à composição da receita tributária municipal disponível (tabela 5): em 1991, 71.6% do total da receita disponível municipal de todo o país originavam-se de transferências federais e estaduais. Nos municípios menos desenvolvidos, cerca de 83.5% do total das receitas disponíveis provinham de transferências, contra apenas 16.3% de arrecadação própria. Já nos desenvolvidos, embora inferior, a participação das transferências na receita total (disponível) era ainda de 67%, contra 33% de arrecadação própria.

III. A DESCENTRALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL E DA POLÍTICA DE SAÚDE

O movimento de descentralização das políticas de saúde e de educação fundamental desenvolve-se em terreno social e econômico bastante heterogêneo, afeta sistemas organizacionais de políticas fortemente diferenciados em dimensões e qualidade e assume características regionais e locais importantes. Na base dessas diferenças, está a forte heterogeneidade econômica e social do país, cujos principais indicadores estão registrados no quadro 3.

Com um PIB per capita de US\$3,920 (1994), o país ainda apresentava no início desta década o mais alto grau de concentração de renda entre países de desenvolvimento médio e alto (Gini de 0.62, em 1988). Em 1990, a renda média dos 10% mais ricos da população equivalia a trinta vezes à dos 40% mais pobres (PNUD/IPEA, 1996). Ressaltam desde logo as diferenças regionais em termos de produto, renda e pobreza. A renda mostra-se mais concentrada na região Centro-Oeste, seguido da Nordeste, Norte, Sudeste e Sul (Albuquerque & Villela, 1991). O forte componente regional revela-se também nos indicadores de pobreza.

Os indicadores sociais clássicos reiteram essas desigualdades, mesmo quando tenham quase todos apresentado melhoras nos anos oitenta. Em termos regionais, o Nordeste, seguido das regiões Norte e Centro-Oeste, concentra os piores indicadores, enquanto que as regiões Sudeste e Sul registram os melhores. O índice de desenvolvimento humano da ordem de 0.797 no país, varia de 0.548 no Nordeste a 0.844 na região Sul (PNUD/IPEA, 1996:13). As diferenças intra-regionais são também acentuadas. Os dois estados selecionados pela pesquisa - São Paulo (SE) e Bahia (NE), destacam-se pelos indicadores mais positivos que os das suas médias regionais.⁹

Além dos movimentos demográficos que reduziram os fluxos migratórios, verificam-se também movimentos de desconcentração espacial inter e intra regionais, tendendo a reduzir a polarização norte-nordeste e sul-sudeste¹⁰ (Guimarães, 1995). Mas a segmentação regional do país é ainda forte e, em relação a alguns indicadores sociais, foi mesmo acentuada.¹¹ Apesar de não refletir mecanicamente as diferenças econômicas entre as regiões, algumas características quantitativas e qualitativas da provisão dos serviços de saúde e de educação fundamental expressam ainda assim diferenças regionais importantes, como pode se verificar pelo quadro 4.

As discrepâncias regionais mostram-se mais acentuadas em relação aos indicadores qualitativos de educação: as taxas de analfabetismo e escolarização da população total variam bastante (quadro 2), assim como os indicadores de cobertura, evasão e repetência, desempenho em exames nacionais (quadro 4), em geral mais desfavoráveis para as regiões Nordeste e Norte.

Não dispomos de informações atualizadas e precisas sobre o gasto educacional e suas expressões regionais. Já entre níveis de governo, estudos recentes indicam diferenças muito acentuadas: no caso do gasto público total com educação, por exemplo, enquanto o gasto médio nacional, com alunos de todos os níveis matriculados nas redes das três esferas de governo, era da ordem de US\$890/aluno/ano, em 1995, os gastos por níveis de governo mostraram diferenças consideráveis: US\$16 mil, US\$718 e US\$641 respectivamente pela União, Municípios e Estados (Afonso, 1996: 9). Entretanto, esses números mostram também insignificante diferença entre estados

e municípios, exigindo cautela na interpretação de informações tão agregadas (Afonso, op. cit: 9; Negri, 1996: 5), até porque sabe-se que certos componentes do gasto mostram variam muito.

Quadro 3
INDICADORES BÁSICOS: BRASIL E REGIÕES

	Ano	Brasil	Região Sudeste	Região Sul	Região Nordeste	Região Norte	Região Centro Oeste
População	1991	148,216,677	42.6%	15.1%	28.9%	7.0%	6.4%
Rural	1991	35,572,003	20.8%	15.9%	46.4%	12.0%	4.9%
PIB (Milhões de US\$)	1994	556,530	-	-	-	-	-
PIB p/c (US\$)	1994	3,790.4	-	-	-	-	-
Produto Industrial %	1985	100	65.8	15.7	12.0	4.1	2.4
Incidência de pobreza	1990	41,919,000	23.0%	20.1%	45.8%	43.2%	24.8%
Índice de Desenvolvimento Humano	1991	0.797	0.838	0.844	0.548	0.706	0.826
Esperança de Vida ao Nascer	1991	66.3	68.8	70.9	59.1	68.4	69.1
Taxa de Mortalidade Infantil	1990	49.7	30.0	26.7	88.2	53.2	33.0
Taxa de Analfabetismo	1995	15.9	9.3	9.1	30.5	12.3	13.3
Taxa de Escolarização (7 - 14 anos)	1995	90.2	93.6	91.7	85.0	91.9	91.7

Fonte: PNUD/IPEA, 1996; IBGE, Censo Demográfico, 1991; IBGE, Indicadores Sociais, 1995; PNAD, 1995; FGV, Conjuntura Econômica, Dezembro de 1995. NEPP/UNICAMP, 1996.

Um indicador é o salário docente: informações esparsas sobre salários iniciais pagos por estados e municípios a docentes do ensino fundamental, recolhidas pela pesquisa, mostraram variações de US\$24/mês a mais de US\$900, e um salário médio nacional em torno a US\$70/mês. A provisão e produção de serviços de saúde, retratada no quadro 4, mostra diferenças regionais mais acentuadas ainda. Veja-se, por exemplo, os indicadores referentes a consultas médicas e pessoal: enquanto as regiões Sudeste e Sul registravam respectivamente 28 e 22 médicos para cada 10 mil habitantes, nas regiões Nordeste e Norte essa relação era respectivamente de 13 e 8. O significado dessas variações e discrepâncias será examinado sob a ótica da descentralização nos capítulos seguintes.

Quadro 4
INDICADORES QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE
EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL E MÉDIA E DE SAÚDE

EDUCAÇÃO	Brasil	Região SE	Região S	Região NE	Região N	Região CO	ANO
INDICADORES DA OFERTA EDUCACIONAL							
Número de Alunos							1994
Ensino Fundamental	31,220,110	39.4%	14.0%	30.6%	8.6%	7.4%	
RURAL	(17.5%)	(7.8%)	(15.1%)	(30.3%)	(27.6%)	(10.2%)	
Público	(88.4%)	(87.1%)	(91.0%)	(87.1)	(94.3%)	(89.1%)	
Municipal	(31.8%)	(19.6%)	(36.1%)	(46.9%)	(32.3%)	(25.5%)	
Ensino Médio	4,772,623	54.3%	16.7%	16.5%	5.2%	7.4%	
RURAL	(1.1%)	(1.0%)	(1.5%)	(1.9%)	(1.1%)	(1.1%)	
Público	(78.9%)	(88.0%)	(97.2%)	(95.6%)	(99.4%)	(98.7%)	
Municipal	(4.9%)	(2.5%)	(0.2%)	(2.0%)	(0.1%)	(0.2%)	
Estabelecimentos							1994
Ensino Fundamental	194,487	19.6%	15.5%	45.9%	12.6%	6.3%	
RURAL	(70.3%)	(51.7%)	(69.0%)	(76.4%)	(83.5%)	(60.5%)	
Público	(92.7%)	(89.3%)	(95.7%)	(92.2%)	(97.4%)	(89.8%)	
Municipal	(68.7%)	(40.9%)	(65.0%)	(80.8%)	(73.3%)	(67.4%)	
Ensino Médio	13,449	41.5%	18.0%	24.6%	6.1%	9.8%	
RURAL	(2.9%)	(1.9%)	(2.6%)	(4.4%)	(5.6%)	(3.0%)	
Público	(68.7%)	(65.8%)	(74.2%)	(63.1%)	(83.9%)	(76.0%)	
Municipal	(7.9%)	(5.5%)	(1.2%)	(19.5%)	(3.2%)	(4.4%)	
Docentes							1994
Ensino Fundamental	1,377,665	39.6%	17.1%	28.7%	7.5%	7.1%	
RURAL	(20.4%)	(10.3%)	(20.5%)	(33.1%)	(30.8%)	(13.9%)	
Público	(86.3%)	(85.2%)	(90.0%)	(84.1%)	(92.6%)	(84.8%)	
Municipal	(32.5%)	(20.5%)	(37.4%)	(47.5%)	(33.6%)	(26.2%)	
Docentes							1994
Ensino Médio	295,542	46.0%	19.2%	22.0%	5.1%	7.5%	
RURAL	(1.8%)	(1.3%)	(1.7%)	(2.8%)	(2.7%)	(2.0%)	
Público	(71.8%)	(67.7%)	(78.0%)	(69.2%)	(85.7%)	(78.6%)	
Municipal	(6.2%)	(4.9%)	(1.0%)	(15.7%)	(1.8%)	(2.7%)	
IND. DE QUALIDADE							
Relação Aluno/ Professor							1994
Ensino Fundamental	22.7	22.5	18.5	24.2	25.9	23.6	
RURAL	19.5	16.9	13.6	22.1	23.0	17.4	
Público	23.2	23.0	18.8	24.9	26.1	25.1	
Privado	19.1	19.6	16.7	19.5	19.6	17.0	
Ensino Médio							
RURAL	9.1	10.2	8.4	8.3	9.2	16.5	
Público	17.2	21.9	14.9	16.9	21.5	12.6	
Privado	12.1	13.0	10.6	12.8	16.3	9.3	
Escolaridade dos docentes do ensino fundamental	100	100	100	100	100	100	1994
Fundamental	(8.4%)	1.5%	3.3%	18.0%	21.2%	5.9%	
Média	(44.5%)	37.4%	31.2%	57.6%	59.9%	46.2%	
Superior	(47.1%)	61.1%	65.5%	24.4%	18.9%	47.9%	
INDICADORES DO ENSINO FUNDAMENTAL							
Cobertura (1)	(89.8%)	(98.9%)	(98.3%)	(75.6%)	(82.6%)	(98.0%)	1994
Escolarização(2)	(91.6%)	(101.2%)	(99.8%)	(87.7%)	(88.3%)	(101.2%)	1994
Taxa de evasão	(5.0%)	(5.0%)	(5.0%)	(6.0%)	(6.0%)	(3.0%)	1992
Taxa de Repetência	(33.0%)	(25.0%)	(26.0%)	(45.0%)	(42.0%)	(36.0%)	1992
Desempenho /Exames Nacionais							1995
% Alunos no nível intermediário da 4ª série Português	(22.0%)	(27.0%)	(25.0%)	(11.0%)	(15.0%)	(24.0%)	
% Alunos no nível intermediário da 4ª série Matemática	(21.0%)	(26.0%)	(22.0%)	(13.0%)	(7.0%)	(23.0%)	
Público	(54.5%)	(44.2%)	(51.7%)	(67.3%)	(79.9%)	(47%)	
Médicos por 10.000 Habitantes	18.1	28.2	22.1	13.0	8.1	19.4	1992
Enfermeiros por 10.000 Hab.	8.1	12.8	12.0	6.3	3.1	6.2	1992
Leitos cadast. no SUS/1.000 hab.	3.6	4.1	4.0	3.0	3.3	4.2	1992
Total de Consultas / 1.000 hab	1.4	1.7	1.3	1.0	0.9	1.4	1990

Fontes: Para Educação, anos 1992 e 1994, MEC, Sinopse Estatística da Educação; 1995 Folha de S. Paulo 26/11/1996
 Para Saúde, anos 1990 e 1992, AMS/IBGE.

Notas: (1) Proporção das matrículas de 7 a 14 anos sobre a população da mesma faixa etária; (2) Soma das matrículas de alunos de 7 a 14 anos, em todos os níveis de ensino sobre a população dessa mesma faixa etária NEPP/UNICAMP, 1996.

1. A descentralização da educação fundamental

A educação fundamental no Brasil é obrigatória e gratuita, abrangendo 8 anos de ensino. O ensino médio, de três anos de duração, é igualmente gratuito mas não obrigatório, cabendo entretanto ao Estado, por determinação constitucional, prover a extensão da sua obrigatoriedade.¹² Os recursos públicos destinados à educação fundamental são constitucionalmente vinculados. Embora a Constituição refira-se à competência de cada nível de governo na provisão do ensino, ela o faz apenas em termos gerais, preferenciais.¹³ Em decorrência dessa forma frouxa de determinação, é muito forte no país a sobreposição de competências entre as três órbitas de governo na oferta de ensino

Em termos comparativos internacionais, o sistema brasileiro de educação fundamental apresenta índices acentuados de descentralização, expressão do padrão federativo em que historicamente se assentou: são os estados e, em segundo lugar, os municípios os que, de fato, respondem pela sua oferta. Com efeito, é forte o poder regulatório da União, do mesmo modo que recursos financeiros especiais por ela arrecadados para fins de melhora desse nível de ensino. Entretanto, as esferas estaduais e municipais gozam de ampla autonomia e competência para legislar sobre as mais importantes dimensões da educação básica, tais como curricula, jornada escolar, sistemas de recrutamento e capacitação docente, remuneração de pessoal, etc. Por isso mesmo, ainda que submetido a códigos e legislação nacionais, o sistema educacional é extremamente heterogêneo em organização, conteúdo e desempenho.

Do ponto de vista da relação público-privado, o Estado é o grande provedor e mantenedor da rede gratuita de ensino, com exceção do nível superior, onde predomina o setor privado. Os anos 70 constituíram, para a educação básica, a etapa de crescimento acelerado, assistindo-se aí a uma verdadeira "explosão das matrículas" e ampliação do acesso. As amplas dimensões desde então registradas pelo sistema -que abriga hoje mais de 30 milhões de alunos- estão provavelmente na raiz dos problemas de qualidade que persistentemente o afetam: elevadas taxas de repetência e deserção escolar; grandes disparidades e iniquidades - urbano-rurais, regionais, de raça e de renda - no seu desempenho; baixa qualidade do ensino oferecido, associada à reduzida jornada escolar, à insuficiente qualificação docente e aos em geral baixos salários dos professores; organização burocrático-administrativa centralizada, com reduzida autonomia da unidade escolar e, finalmente, deficiências significativas em termos de gestão e racionalidade da alocação de recursos. A década passada foi bastante rica em experiências e iniciativas municipais e estaduais de descentralização e reorganização sistêmica, visando a melhora da qualidade do ensino. Mas é bastante recente a política deliberada de descentralização.

a) *Características da provisão, organização e financiamento da educação fundamental*

i. A provisão

O Estado é, no país, o grande provedor dos níveis fundamental e médio de ensino; o setor privado supera- o apenas em oferta apenas no nível superior em 1993, a rede pública de ensino, localizada nas três esferas de governo, respondia, em 1993, por 84.1% das matrículas totais, contra 15.9% no privado; na educação fundamental, responsabilizava-se por 88.4% das matrículas e por 86.3% dos docentes.

Considendo a participação federativa, são os governos estaduais os que respondem pela maior parte das matrículas do ensino fundamental (64%) e do médio (90%), enquanto os municípios respondem por mais de dois terços das matrículas pré- escolares. A União, seguida pelos estados, responde pela maior parte das matrículas públicas de ensino superior (tabela 6).

Tabela 6
MATRÍCULAS NAS REDES PÚBLICAS DE ENSINO,
POR NÍVEL DE GOVERNO - 1995

Especificação	Nível de governo			Governo Geral consolidado
	Federal	Estadual	Municipal	
Número de Alunos				
Pré-escolar	6,187	1,360,439	3,371,091	4,737,717
Fundamental	31,894	18,039,266	10,129,545	28,200,705
Médio	109,879	3,173,170	255,159	3,538,208
Superior	369,911	235,999	96,634	702,544
Total	517,871	22,808,874	13,852,429	37,179,174
Distribuição por Dependência (em %)				
Pré-escolar	0.1	28.7	71.1	100.0
Fundamental	0.1	63.9	35.9	100.0
Médio	3.1	89.7	7.2	100.0
Superior	52.6	33.6	13.7	100.0
Total	1.4	61.3	37.3	100.0
Composição por Nível Escolar (em %)				
Pré-escolar	1.2	5.9	24.3	12.7
Fundamental	6.2	79.1	73.1	75.8
Médio	21.2	13.9	1.8	9.5
Superior	71.4	1.1	0.7	1.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: MEC/SEEC. Adaptado de Negri (1996). NEPP/UNICAMP, 1996.

A universalização do acesso ao ensino fundamental praticamente completa-se na década de noventa, como mostram as taxas de cobertura e escolarização da faixa etária entre 7 e 14 anos (quadro 4). Já no caso do ensino médio, embora as matrículas tenham crescido muito entre sua 1985 e 1994 (quando passam de cerca de 3 milhões para mais de 5 milhões de alunos), a cobertura é muito insatisfatória, não ultrapassando os 20%, reflexo, em alguma medida, do baixo desempenho do ensino de primeiro grau. Refletindo o já acentuado grau de urbanização do país (cerca de 80%), as matrículas do ensino fundamental estão localizadas principalmente na área urbana (82.5), apenas 17.5% delas correspondendo à zona rural. Inversamente, 70% dos estabelecimentos de ensino localizam-se na área rural, constituídos principalmente por pequenas unidades uni e multiseriadas de 1ª à 4ª séries. Matrículas e estabelecimentos de ensino médio localizam-se basicamente na zona urbana e principalmente no período noturno (60%).

Do ponto de vista da qualificação docente, o ensino fundamental contava, em 1994, com 1.4 milhões de professores, 80% deles habilitados para a função, sendo metade formados em nível médio e metade contando com curso superior. Dos 320 mil professores de ensino médio, 74% possuíam habilitação de nível superior. No seu conjunto, os indicadores educacionais nacionais apresentaram melhora nas duas últimas décadas, mas além de insatisfatórios, são ainda fortemente heterogêneos, principalmente entre regiões, como já afirmamos. Veja-se por exemplo a forte variação regional da participação dos estados e municípios na oferta do ensino fundamental. Como registrou o quadro 4, os municípios são importantes provedores da oferta pública na região Nordeste (47%), ao passo que nas regiões Sul, Norte, Centro-Oeste e Sudeste são minoritários, respondendo, respectivamente por 36%, 32%, 26% e 20% do total dos alunos matriculados no nível de ensino fundamental. De todo modo, em 1994, os municípios já respondiam, no país, por cerca de 32% das vagas oferecidas no ensino fundamental.

O quadro 4 mostrou ainda a disparidade regional da distribuição das matrículas do ensino fundamental e médio, diferenças que se registram também em relação a docentes e estabelecimentos de ensino. É certo que alguns indicadores de eficiência, tais como taxas de repetência e evasão no ensino fundamental, registraram tendência à redução das diferenças regionais, entre 1989 e 1992, já que regiões como Norte e Nordeste aproximam suas taxas da média nacional (MEC1996). Entretanto, os indicadores qualitativos, tais como a escolaridade dos docentes, ou o desempenho dos alunos nos exames nacionais, revelam as grandes distâncias que ainda polarizam as regiões Nordeste e Norte, de um lado, e Sudeste e Sul, de outro. Diferenças que a população adulta também registra: em 1990, enquanto a população da região Sudeste já contava com 5.7 anos de estudos, a da região Nordeste contava com apenas 3.3 anos. Também as diferenças de gênero e raça permanecem fortes. Aquele mesmo indicador de anos de estudos era de 4.9 para as mulheres e de 5.1 para homens; de 5.9 para brancos, e apenas de 3.3 para negros. No caso da renda, as distâncias são tão ou mais fortes: por exemplo, 97% das crianças de 7 a 14 anos de famílias de renda familiar superior a 2 salários mínimos freqüentam a escola fundamental, contra 75% das crianças oriundas de famílias pobres (PNUD/IPEA, 1996).

ii. Organização e coordenação

O sistema de ensino brasileiro organiza-se em três níveis hierarquizados:

- Ensino fundamental - ou ensino de 1º grau, tem a duração de 8 anos e atende a faixa etária de 7 a 14 anos;
- Ensino médio e tecnológico - ou ensino de 2º grau, tem a duração de 3 anos e atende a faixa etária de 15 a 17 anos;
- Ensino superior - Subdivide-se em graduação (com duração de 4 a 6 anos) e pós-graduação (mestrado, doutorado). Contempla ainda programas de especialização, aperfeiçoamento e pós-doutorado.

A educação infantil (creche e pré-escola), sem constituir pré-requisito para a entrada no sistema, atende a faixa etária menor de 7 anos. Jovens e adultos que não concluíram a escolarização regular podem suprir os atrasos mediante exames supletivos.

Regida por disposições constitucionais e pela Lei de Diretrizes e Básicas da Educação Nacional, de 1961, reformulada em 1996, a gestão do sistema educacional repousa sobre competências diferenciadas entre os níveis de governo. À União, através do Ministério da Educação e do Desporto e do Conselho Nacional de educação, compete coordenar a elaboração dos Planos Nacionais de Educação, prestar assistência técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal; manter, administrar e desenvolver sua rede própria de educação técnica e superior e supervisionar a rede privada de ensino universitário. Funções análogas, nos seus âmbitos, são de responsabilidade dos estados e municípios, através das suas respectivas Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, bem como de seus Conselhos Estaduais e Municipais de Educação. Os Conselhos Municipais podem também cumprir funções delegadas pelos Conselhos Estaduais. Finalmente, através de convênios, podem ser estabelecidas delegações e parcerias entre os níveis de governo e entre esses e os setores privados.

Os currícula são elaborados livremente pelos diferentes níveis de governo, entidades privadas e universidades, respeitados os conteúdos mínimos, recentemente transformados em Parâmetros Curriculares Nacionais, fixados pelo MEC. Cabe às escolas adotar as formas de ensinar (atividades, áreas de estudo ou disciplinas), bem como as disposições necessárias ao seu relacionamento, ordenação e seqüência, no que diz respeito aos respectivos conteúdos. Estados e municípios são

totalmente autônomos para recrutar e fixar a remuneração dos docentes, observando apenas, desde 1988, a exigência constitucional de concurso público para a provisão de vagas.

Ainda em termos organizacionais, vale a pena lembrar a tradicional concentração de recursos e poder decisório nos níveis intermediários e principalmente superiores de direção escolar (delegacias de ensino, Secretarias estaduais e municipais de educação e órgãos ministeriais). Em outras palavras, no modelo organizacional brasileiro, a direção escolar praticamente não dispõe de autonomia decisória. Do mesmo modo, o país carece de tradição de participação da comunidade de pais e professores na gestão escolar. De fato, Associações de Pais e Mestres, Conselhos de Escola e Conselhos Municipais de Educação, com funções sociais, consultivas ou deliberativas, são entidades previstas pela legislação mas sua implementação é até agora muito incipiente. As avaliações dos alunos são em geral administradas autonomamente pelas escolas, ouvido o Conselho Escolar em casos excepcionais. Apenas em 1995 tem início a montagem de um sistema nacional de avaliação do desempenho do ensino fundamental. Exames nacionais iniciados pelo MEC em 1987, adquiriram agora caráter mais integrado e sistêmico, pautando-se por critérios e parâmetros internacionais.

iii. O financiamento do ensino fundamental

O financiamento público da educação se dá fundamentalmente através receitas de impostos, constitucionalmente vinculados à área, e o Salário-Educação - contribuição compulsória de 2.5% sobre a folha de salários pago pelas empresas e arrecadado pela União. Segundo a Constituição brasileira, para a União, 18%, e para os estados e municípios, 25% da receita de impostos, incluída a resultante de transferências, devem ser aplicados no desenvolvimento e manutenção do ensino básico.

Por sua vez, o Salário-Educação é definido como "uma obrigação compulsória que visa suplementar os recursos públicos destinados à manutenção e ao desenvolvimento do ensino fundamental, mediante a obrigação estabelecida para as empresas comerciais, industriais e agrícolas de manter o ensino fundamental gratuito para seus empregados e para os filhos destes, entre os 7 e os 14 anos, ou a concorrer para esses fim". Além de se destinar exclusivamente para o financiamento do ensino fundamental, o Salário-Educação não podia, até 1996, financiar despesas com pessoal ou gastos com alimentação escolar, as suas principais aplicações destinando-se ao custeio de obras escolares e despesas com material permanente.

Às empresas, duas são as alternativas para a mobilização do recurso devido: recolhê-lo junto com as outras contribuições previdenciárias ou utilizá-lo na modalidade do Sistema de Manutenção de Ensino (SME). No primeiro caso, os recursos concentrados no Tesouro Nacional são repassados à Secretaria Geral do Ministério da Educação e Desportos (MEC), órgão federal, que divide os recursos recebidos em duas contas. A primeira, correspondendo a 2/3 do total, constitui a Quota-Estadual do Salário-Educação (QESE), é repassada aos estados de origem proporcionalmente ao que arrecadaram. A segunda, correspondente ao 1/3 restante, constitui a Quota-Federal do Salário-Educação (QFSE) que, integrada no Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), é utilizada pelo governo federal para implementar, junto aos estados e municípios, projetos especiais voltados para a melhoria da eficiência escolar e formação integral no ensino fundamental.

No segundo caso, as empresas que optaram pelo Sistema de Manutenção de Ensino (SME), gerido pelo FNDE, usam os recursos para apoiar as despesas com educação de seus empregados (e filhos) sob três formas: manutenção de escolas próprias, aquisição de vagas na rede particular de ensino ou o sistema de indenizações. As administrações públicas contam, então, para o financiamento do ensino, com as seguintes fontes de receitas: recursos fiscais próprios dos respectivos níveis de

governo; salário-Educação (no caso das redes estaduais públicas de primeiro grau); transferências federais para os governos estaduais e municipais. As transferências federais para os governos estaduais e municipais são feitas através de convênios com o MEC. Sob tal sistemática, através de convênios e negociações, o MEC sempre deteve amplo poder sobre os governos infranacionais, principalmente sobre os estados de menor expressão econômica, podendo decidir sobre montantes e prazos, inclusive sobre os recursos provenientes da arrecadação Salário-Educação.

b) *A descentralização da educação fundamental sob a perspectiva fiscal*

São ainda preliminares as estimativas de gasto público com educação, no país, já que tal cálculo enfrenta dificuldades metodológicas importantes. Recentes estudos (Negri, 1996; Afonso, 1996) registram um gasto público educacional, em 1995, da ordem de 4.8% do PIB. Somado ao gasto privado, o percentual sobe a 5.9%. Naquele ano, o gasto educacional público por habitante foi da ordem de US\$223, despesa para a qual os estados contribuíram com 44%, os municípios com 30% e a União com 26% (tabela 7). Em relação ao gasto per capita com alunos, aquelas mesmas estimativas são registradas na tabela 8. A destinação das despesas, por nível de governo e programas, está discriminada na tabela 9.

Tabela 7
ESTIMATIVA PRELIMINAR DA DESPESA COM EDUCAÇÃO DAS
ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS EM 1995

Especificação	Nível de governo			Governo Geral consolidado
	Federal	Estadual	Municipal	
Total Geral	25.8	44.1	30.1	100.00

Fonte: BGU e SIAFI. Afonso (1996).

Notas: Administração pública: administração central e descentralizada; excluídas despesas intragovernamentais. Gasto medido pelo regime de competência. Governo federal: BGU. Governos estaduais e municipais: projetados agregados nacionais a partir da despesa realizada em 1995 nas principais unidades federadas. Governo consolidado: excluídas despesas com transferências intergovernamentais. NEPP/UNICAMP, 1996.

Pode-se aí verificar a forte concentração dos gastos da União com o ensino superior, mesmo quando se percebe ser ainda significativo o montante de recursos que destina ao ensino fundamental. Os estados gastam grande parte de seus recursos educacionais com os níveis de ensino fundamental e superior.¹⁴ Finalmente, os municípios concentram suas despesas com a educação básica e a pré-escolar.¹⁵ O período recente registra aumento e redistribuição, entre níveis de governo, do gasto educacional público no país, resultado, em grande medida, da já referida descentralização fiscal de 1988 e, recentemente, também por efeito da estabilização da economia sobre a arrecadação tributária. Na tabela 10, foram estimados, como proporção do PIB e por nível de governo, os percentuais de impostos vinculados à educação e a contribuição do Salário-Educação. Para o período 1984-1995, os recursos crescem em mais de 1/3.

Como efeito da reforma fiscal de 1988, os municípios praticamente duplicaram sua participação nos gastos públicos totais com educação. Aumentaram também as despesas da União, apesar do caráter descentralizador da Constituição de 1988. Os estados, é importante observar, pouco aumentam sua participação nos gastos educacionais, em termos do PIB, reforçando a hipótese de que com a nova Constituição, o saldo líquido das transferências de impostos não propiciou um aumento significativo da participação destes entes federados no total da receita tributária arrecadada.

Tabela 8
ESTIMATIVA PRELIMINAR DA DESPESA COM EDUCAÇÃO DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS EM 1995

(gasto médio anual por aluno matriculado na rede pública) US\$/nº alunos

Gasto Direto e Indireto com Programas	Nível de Governo			Governo Geral Consolidado
	Federal	Estadual	Municipal	
Por aluno*	22,065.2	741.4	718.5	890.1
Pré-Escolar	12,423.9	0.22	1,059.5	378.8
E. Fundamental	123,701.5	587.5	384.84	600.2
E. Médio	7,217.7	231.5	8,480.4	726.9
E. Superior	17,873.6	23,630.1	3,301.1	16,797.2
TOTAL	22,065.2	741.4	718.5	890.11
Total - transf. intergov.	16,478.0	641.0	718.5	890.11

Adaptada de AFONSO (1996). Fontes primárias: BGU e SIAFI. *rateio das despesas indiretas

Notas: Administração pública: administração central e descentralizada; excluídas despesas intragovernamentais. Gasto medido pelo regime de competência. Governo federal: BGU. Governos estaduais e municipais: projetados agregados nacionais a partir da despesa realizada em 1995 nas principais unidades federadas. Governo consolidado: excluídas despesas com transferências intergovernamentais.

Taxa cambial média anual de 1995: R\$/US\$ = 0.9174; população residente = 148.216.677 habitantes (Fonte: IBGE/PNAD 1993). Número total de alunos matriculados no início do ano na respectiva rede escolar pública. NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 9
ESTIMATIVA PRELIMINAR DA DESPESA COM EDUCAÇÃO DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS EM 1995.

Programa de trabalho, composição por elemento

Especificação dos Programas	Nível de governo			Governo Geral consolidado
	Federal	Estadual	Municipal	
Administração	14.7	2.0	23.6	11.2
Educação Criança (0 a 6 anos)	0.5	0.0	15.2	3.8
Ensino Fundamental	24.4	56.1	16.6	35.9
Ensino Médio	4.9	3.9	9.2	5.5
Ensino Superior	40.8	29.5	1.4	25.1
Educação Física e Desportos	0.0	0.3	9.4	2.5
Assistência a Educandos	0.2	0.1	11.2	3.0
Educação Especial	0.1	0.0	2.7	0.7
Assist. em Educação	14.4	8.1	10.8	12.3
Total geral	100.0	100.0	100.0	100.0

Adaptada de Afonso (1996) Fontes primárias: BGU e SIAFI.

Notas: Administração pública: administração central e descentralizada; excluídas despesas intragovernamentais. Gasto medido pelo regime de competência. Governo federal: BGU. Governos estaduais e municipais: projetados agregados nacionais a partir da despesa realizada em 1995 nas principais unidades federadas. Governo consolidado: excluídas despesas com transferências intergovernamentais. NEPP/UNICAMP, 1996.

A informações apresentadas reafirmam o forte grau de descentralização da execução do gasto educacional público. Considerada a distribuição intergovernamental, verifica-se que a União executa pouco mais de 25% do total do gasto público com educação, enquanto os estados e municípios respondem, respectivamente, por 44% e 30% das despesas totais do governo geral consolidado nessa função. Mesmo as transferências efetuadas pela União em favor dos governos subnacionais representam apenas 12% do total dos gastos do governo consolidado (Afonso, op. cit: 12).

Tabela 10
VINCULAÇÃO ESTIMADA À EDUCAÇÃO DE IMPOSTOS E SALÁRIO-EDUCAÇÃO
 Estimativa da arrecadação vinculada em proporção do PIB

Especificação	Nível de governo			Governo Geral consolidado
	Federal	Estadual	Municipal	
Exercício 1984 (1 ano vigência Emenda Calmon)	0.8	1.5	0.6	3.0
Exercício 1988 (último ano de vigência da Constituição anterior)	0.7	1.6	0.7	3.1
Média exercícios 1989/1993	0.8	20.5	0.9	3.8
Exercício 1994	1.1	1.8	1.1	3.9
Exercício 1995	1.1	1.9	1.1	4.2

Appud Afonso (1996) Fontes primárias: FGV e IBGE/Conta Governo/Contas Nacionais; MINIFAZ. Estimativas próprias da receita tributária nacional e das vinculações.

Notas: receita tributária: utilizada a metodologia e os dados extraídos das contas nacionais; receita tributária vinculada: parcela dos impostos vinculados na Constituição + salário-educação; repartição de receitas: considerado regime de competência. NEPP/UNICAMP, 1996.

Afonso (1996), interpretando as informações constantes da tabela 11, argumenta existir uma tendência à crescente participação dos municípios na expansão do sistema. Segundo o autor, o exame dos componentes da despesa com educação por nível de governo mostra que, para todos os níveis e para o total, a maior parte das despesas concentra-se no componente Pessoal e Encargos Sociais, seguido de despesas correntes e, em terceiro lugar, gastos com investimentos. Entretanto, no caso dos municípios, verifica-se também a maior importância, quando comparado com outros níveis de governo, do componente investimentos, o que o conduz a afirmar serem "...os municípios os entes federados que comandam o processo de novas construções escolares, o que leva a crer que os governos locais comandam o processo de expansão em curso" (Afonso, idem: 8). Esses dados contradizem de alguma maneira, a lentidão com que se alteram as participações relativas dos níveis de governo na oferta total da educação fundamental. Como pode se verificar na tabela 12, entre 1980 e 1994 houve mesmo ampliação da participação dos estados, em termos de matrículas e docentes. Os municípios aumentaram modestamente a participação nos docentes e mais acentuadamente nos estabelecimentos - neste caso correspondendo à fragmentação das escolas rurais, pelas quais se responsabilizam. Sabe-se que, durante os anos oitenta, cresceu muito a participação dos municípios na oferta da pré-escola e essa tendência ainda se verifica. Entretanto, as médias nacionais acima referidas sugerem a forte resistência à efetiva municipalização da educação fundamental, cujos conteúdos, razões e natureza comentaremos a seguir.

Tabela 11
ESTIMATIVA PRELIMINAR DAS DESPESAS COM EDUCAÇÃO DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS EM 1995 (por categoria de gasto, composição por elemento)

Especificação da Natureza das despesas	Nível de governo			Governo Geral consolidado
	Federal	Estadual	Municipal	
Pessoal e Encargos Sociais	51.2	42.4	52.8	55.2
Outras Despesas Correntes	15.4	28.6	28.5	28.7
Investimentos	5.3	8.1	14.8	10.4
Transferências Intergovernamentais	25.3	13.6	0.0	0.0
Total Geral	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: BGU e SIAFI. Afonso (1996).

Notas: Administração pública: administração central e descentralizada; excluídas despesas intragovernamentais. Gasto medido pelo regime de competência. Governo federal: BGU. Governos estaduais e municipais: projetados agregados nacionais a partir da despesa realizada em 1995 nas principais unidades federadas. Governo consolidado: excluídas despesas com transferências intergovernamentais. NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 12
ENSINO FUNDAMENTAL: DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE ALUNOS, DOCENTES E ESTABELECIMENTOS POR NÍVEIS DE GOVERNO E DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA - 1980/1994

	Totais	Federal	Estadual	Municipal	Particular
Alunos 1980	22,598,254	0.7	52.8	33.6	12.8
Docentes 1980	884,257	0.7	52.8	65.3	14.3
Estabelecimento 1980	201,926	0.9	27.7	65.3	6.0

Fonte: MEC/SEDIAE EEPP/UNICAMP, 1996.

c) *A política de descentralização da educação fundamental*

i. *Motivações e modelos de descentralização*

os últimos 15 anos, poucas foram as alterações ocorridas na estrutura de competências e na composição da provisão pública em matéria educacional, salvo as de natureza financeira. Esta área de política social não registrou, até recentemente, nenhuma reforma mais significativa em qualquer de seus níveis de ensino, muito embora fossem se acumulando, ao longo do período, críticas à ineficiência e à baixa qualidade do ensino -principalmente o de primeiro grau-, à insignificante cobertura do ensino de nível médio, à ainda baixa cobertura da pré-escola e às distorções que cercam o ensino superior. Seguramente a correção dessas distorções consistiu na mais forte motivação para reorganizar e reformar o sistema educacional: em muitos estados, movimentos nessa direção tiveram início nos anos oitenta, mas também iniciativas municipais direcionadas à melhora da qualidade da educação foram experimentadas em todo país. Entretanto, apenas os dois últimos anos vêm registrando uma mais decisiva inflexão da política educacional nacional, comprometida com a reorganização radical do sistema e melhora da qualidade do serviço que presta. Não se pode desconsiderar, entretanto, a importância relativa das experiências e iniciativas estaduais e municipais de redesenho do ensino de primeiro grau. Mesmo não tendo logrado alterar as bases e os princípios de estruturação do sistema, são importantes por duas razões, pelo menos: de um lado, porque permitem entrever tendências de reestruturação que, possivelmente, estarão apoiando as próximas medidas; de outro, porque estimulam melhoras nas competências institucionais e administrativas do sistema, base sobre a qual poderá melhor se ancorar a reforma educacional hoje em curso. Com efeito, as alterações organizacionais registradas no passado recente por sistemas estaduais e iniciativas locais, por modestas e fragmentadas que tivessem sido, seguiram com certa sistematicidade três eixos de mudanças, nem sempre harmônicos e coerentes, mas que projetam um certo modelo de descentralização que convém examinar. Em primeiro lugar, destaca-se a desconcentração das instâncias decisórias com eventuais supressões de instâncias intermediárias ou órgãos regionais, observando-se uma clara tendência a privilegiar a unidade de ensino - e não a de governo, como é o município - no processo de autonomização. Em segundo lugar, verifica-se a municipalização da educação pré-escolar e, em menor medida, a da educação fundamental. Em terceiro lugar, observa-se a multiplicação de parcerias e formas de cooperação com organizações da sociedade civil (ONG, cooperativas, fundações empresariais etc.) e, em menor medida, com o setor privado.

A autonomização da unidade escolar vem plasmando uma tendência importante de desconcentração das redes estaduais de ensino fundamental, por iniciativas de alguns estados, entre os quais o de Minas Gerais foi pioneiro, há quase dez anos. Esta forma de descentralização em geral ocorre através de algum tipo de transferência de recursos e poder decisório para a direção das

escolas, reduzindo o peso dos organismos e burocracias intermediárias na gestão escolar. Muitas vezes envolve também a participação de colegiados participativos de professores e pais nas decisões. Finalmente, no plano mais político, em alguns casos introduziu-se a sistemática de eleição do diretor pela comunidade escolar. A municipalização vem se processando mais por crescimento de redes próprias de ensino pré-escolar que por outras medidas, como já verificamos, sendo raros os exemplos de efetiva transferência de competências, recursos, equipamentos e patrimônio de estados para municípios. A realidade do país é, ainda, a da convivência e a concorrência de duas redes de ensino, a estadual e a municipal, com poucos pontos de intersecção entre as duas.

O que se dá com mais freqüência é a delegação de funções e repasses de recursos através de convênios entre os entes federados, quando estão em jogo recursos e programas de responsabilidade de um nível superior de governo. É o caso da construção escolar - subvencionada com recursos do salário-educação - e da merenda escolar - financiada com recursos tributários federais. Com menos freqüência e de forma experimental, vêm se multiplicando as experiências de convênios de municipalização (temporária) de grupos de escolas estaduais, incluindo pessoal docente, como o que se exporá em um dos seis estudos de caso (Santos). A descentralização por envolvimento do setor privado, com ou sem fins de lucro, é prática rara no país, no ensino de primeiro grau. Quando ocorre, seu significado é principalmente a de terceirização da gestão: contratação de empresas privadas para a gestão escolar, experimentalmente realizada com algum sucesso por uns poucos municípios. Não se pode deixar de referir ao aumento da participação de organismos colegiados - de professores, de pais e mestres ou conselhos municipais - na gestão educacional. Esta é, como se sabe, também uma forma de descentralização, na qual a tradição brasileira foi sempre muito débil. Acusando lento crescimento e fortes dificuldades de implementação, ainda assim essa tendência vem se firmando, agora deliberadamente estimulada pela política federal de descentralização de recursos, como veremos.

A modéstia ou quase nula mudança efetiva do sistema educacional em matéria de descentralização explica-se, em parte, por não ter contado com porta-vozes e lideranças fortes que encaminhassem nessa linha a sua reestruturação. Em outros termos, a descentralização do ensino fundamental nunca contou, no país, nos passados vinte anos, com a forte adesão de atores dotados de voice e organização. Ao contrário. O corpo docente de primeiro grau -refletindo a descentralização federativa e a dispersão dos mais de cinco mil municípios distribuídos no território nacional jamais logrou organizar-se como força nacional, mesmo quando muitas das suas associações tenham adquirido maior visibilidade nos últimos anos. Por outro lado, os professores das redes estaduais, além de tenderem a reduzir sua participação sindical à questão salarial, na maioria das vezes manifestaram-se contrários à municipalização por essa mesma razão -qual seja, o temor do aviltamento salarial e dos direitos trabalhistas por parte da autoridade municipal, em geral pior empregadora que os estados. Movimentos explícitos- e vitoriosos- de resistência a medidas municipalizantes verificaram-se por exemplo no estado de São Paulo. Mas também as autoridades municipais tenderam, ao longo do tempo, a resistir à extensão de suas redes próprias de ensino fundamental. Principalmente nos municípios grandes e médios, incluindo os das capitais dos estados, esse tem sido um comportamento sistemático desde sempre e seguramente as razões são fiscais - recusa a ampliar o gasto educacional para muito além do constitucionalmente determinado- e eleitoreiras - falta de incentivos políticos para a ampliação das redes, salvo as construções escolares.

ii. A política recente de descentralização do ensino fundamental

O ano de 1995 registra o mais forte estímulo, nos últimos vinte anos, de descentralização do ensino fundamental. Por iniciativa do Ministério de Educação e do Desporto, dois conjuntos de medidas foram encaminhadas: no plano legal, a alteração da lei do financiamento educacional; no plano dos

programas especiais do MEC, mudanças radicais na sistemática de repasses de recursos do FNDE e da FAE.

- *A nova lei de financiamento do ensino fundamental: o plano de desenvolvimento do ensino fundamental e de valorização do magistério.* A medida mais radical de reforma da educação foi submetida pelo MEC, em setembro de 1995, ao Congresso Nacional, tendo sido aprovada em maio de 1996.¹⁶ Intitulada Plano de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, tem por objetivos reorganizar o sistema de repasse e alocação de recursos para o ensino fundamental e valorizar o magistério, através da instituição de um salário médio profissional nacional.

Partindo do diagnóstico de que são extensas as desigualdades inter-regionais na distribuição dos recursos para a Educação, de que inexistem critérios que vinculem os recursos educacionais às necessidades dos diferentes níveis de ensino e, ademais, de que não existem definições claras a respeito das competências estaduais e municipais para o ensino fundamental, a medida objetiva estabelecer dispositivos que disciplinem a distribuição dos recursos educacionais, elegendo como prioritário o desenvolvimento e manutenção do nível de ensino fundamental.

Como se há de lembrar, por determinação constitucional, estados e municípios devem destinar para a educação no mínimo 25% de suas receitas, incluindo as transferências federais e os recursos do salário-educação. Pela nova legislação, 60% do total desses recursos (15% das receitas) serão canalizados para a constituição, em cada estado, de um Fundo Estadual de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Professor. Dos recursos totais deste Fundo, pelo menos 60% deverão ser destinados para a remuneração dos docentes de nível fundamental, em atividade regular. Dessa forma, a legislação alterou as restrições de uso do salário-educação, para permitir sua parcial canalização para pagamento de pessoal. Segundo a nova sistemática, os recursos depositados pelo estado e seus municípios no Fundo Estadual serão então redistribuídos para as escolas estaduais e municipais desse estado, de acordo com o número de alunos matriculados no ensino fundamental.

É importante notar que a nova lei traz explicitar a preocupação do governo em reduzir, no campo educacional, as extensas desigualdades inter-regionais tanto em termos de gasto por aluno quanto em termos de salário docente. Assim, o texto legal refere-se a um parâmetro de gasto per capita mínimo por aluno/ano de US\$300. Caso haja insuficiência de recursos no Fundo Estadual para se atingir esse gasto mínimo em todos os municípios de um dado estado, a União deverá aportar recursos próprios para que se alcance o referido parâmetro. Outros aspectos contemplados na medida referem-se à carreira do professor. Estabelecidos determinados parâmetros, o governo calcula que o salário médio mensal para os professores da rede de ensino fundamental, para um período de atividade de 20 horas aulas semanais, poderia equivaler ao custo médio de um aluno por ano (US\$300). Por sua parte, os estados e municípios devem se comprometer a qualificar seus professores, contando para isso com o auxílio do MEC. Com a aplicação desses dispositivos, esperam-se resultados positivos nos indicadores sociais de educação, seja pelo aumento dos recursos destinados ao ensino fundamental, seja pela melhor distribuição inter-regional destes recursos, ou ainda pelo esforço que os governos subnacionais prometem realizar para o aumento do nível de qualificação de seus docentes.

Não se pode desconhecer o forte estímulo à municipalização embutido na nova lei: os municípios médios e grandes perderão recursos próprios se não dispenderem com suas redes de educação de primeiro grau 15% das suas receitas. Os municípios pequenos terão reforçadas suas receitas se estenderem a oferta de matrículas no ensino fundamental.¹⁷ Em outros termos, estados (como São Paulo) e municípios que já estejam com nível de gasto per capita muito mais elevado,

deixarão de receber recursos federais para o ensino fundamental. Já na Região Nordeste, tenderão a perder recursos federais os estados, em benefício dos municípios, já que são estes que respondem pelos maiores percentuais da oferta pública nesse nível de ensino.

A nova legislação introduz alguma rigidez no uso dos recursos municipais e estaduais vinculados à educação, reforçando o seu destino para o primeiro grau e não para outros níveis de ensino. De certo modo, reduz a autonomia de estados e municípios para comporem de outro modo a estrutura de suas despesas com educação. Entretanto, ao desbloquear o uso de recursos do salário-educação também para gastos com pessoal, tende a desafogar estados e municípios dotados de grandes redes, permitindo-lhes definir melhor suas políticas salariais. Dessa forma, parecem tênues os *trade offs* que, por ventura, existirão entre o mecanismo redistributivo previsto também pela nova legislação e a autonomia com que estados e municípios poderão equacionar suas decisões em matéria de política educacional. Vejamos agora, através dos programas, outro conjunto de impulsos à descentralização da gestão educacional implementado pelo MEC.

- *A descentralização para a unidade escolar: a nova sistemática de repasse dos recursos do FNDE.* Para alterar o padrão redistributivo vigente dos recursos educacionais, também o FNDE vem adotando, através do Programa de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e do Programa de Apoio Tecnológico, uma nova sistemática de repasse dos recursos educacionais, que envolve um grau mais acentuado de descentralização, reforçando a autonomia da unidade escolar, na ponta do sistema.

O Programa de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental (PMDE), de responsabilidade do Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional (FNDE), do MEC, foi criado em maio de 1995 com o objetivo de descentralizar recursos financeiros, em favor das escolas públicas estaduais e municipais de ensino fundamental. Tem sido conhecido, na sua divulgação, como Dinheiro na Escola.

Por sua vez, o *Programa de Apoio Tecnológico*, também do FNDE, tem como objetivo equipar as escolas com recursos tecnológicos aplicados ao ensino. Em 1995-1996, destinou um valor fixo de aproximadamente US\$1,500 para toda escola pública de ensino fundamental, com mais de 150 alunos, destinados à aquisição de televisor, vídeo-cassete e antena parabólica, kit a ser utilizado na captação e gravação das imagens do programa federal de capacitação docente -TV Educativa-Educação à Distância, além de outros programas de natureza educativa.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) -a Merenda Escolar- é um dos mais antigos programas assistenciais federais na área educacional. Foi até janeiro de 1997 de responsabilidade da Fundação de Apoio Escolar (FAE), do MEC. Essa Fundação deixou de existir, sendo incorporada ao FNDE. Os recursos que financiam a Merenda Escolar são de origem fiscal e integram o orçamento da União/MEC. O PNAE tem como sua clientela-alvo os alunos da pré-escola e do ensino fundamental das escolas públicas municipais, estaduais e filantrópicas. Seu objetivo básico é garantir uma cobertura universal de no mínimo 15% das necessidades calóricas e protéicas diárias dos alunos, durante pelo menos 200 dias/ano. Os recursos são calculados de acordo com o número de alunos a serem beneficiados por municípios nos dias letivos. O valor do repasse para Estados e Municípios adquirir alimentos considera o número de alunos, o número de dias atendimento (de 180 a 200) e o custo per capita estimado para a refeição, atualmente em R\$ 0.13 (treze centavos de Real) e R\$ 0.26 (vinte e seis centavos) para municípios de maior incidência de pobreza, integrantes do Programa Comunidade Solidária.

Os programas e as modalidades federativas de descentralização. A descentralização em estruturas federativas constitui processo sabidamente complexo. O exame das articulações envolvidas nos programas descritos permite-nos fixar melhor o campo em que tais articulações se movem, assim como as modalidades de descentralização que vêm sendo observadas no caso brasileiro. Retendo o caráter dinâmico do conceito -afinal a descentralização constitui um processo que se desenvolve no tempo -, o referencial empírico que tratamos de captar é constituído por dois movimentos interligados: a transferência de recursos e encargos do nível central (União) para os níveis subnacionais de governo (estados e municípios), na estrutura federativa brasileira, e a desconcentração de capacidade decisória e de gestão para a escola, na ponta das redes de ensino.

No seu percurso, esses interligados processos combinam-se de diferentes modos, respeitadas as regras federativas de que a relação entre níveis de governo obedeça à forma convênio e a de que, nos convênios em que ocorre transferência de recursos, a unidade que receberá os recursos e executará o gasto (o executor ou a Unidade Executora) pode localizar-se em qualquer ponto da estrutura administrativa do governo estadual ou municipal. Por outro lado, aquelas regras impedem que convênios possam ser celebrados por entes subnacionais em estado de inadimplência frente à União. Considerando esse conjunto de possibilidades de articulações entre convenientes e executores de gasto - na verdade, formas de articulação entre transferências e desconcentração - estabelecemos uma tipologia de situações de descentralização, exposta no próximo ítem título de estimular a reflexão sobre a relação descentralização e federalismo.

d) Modalidades de gestão e tipos de descentralização

O Brasil vem experimentando, na área de educação fundamental, várias modalidades de descentralização. De fato, as novas práticas do MEC (através da FAE ou do FNDE), confrontadas com experiências estaduais e municipais, tendem a conformar distintas modalidades de gestão descentralizada, entendidas abstratamente como formas institucionais de organização e distribuição do poder decisório (e de gestão) dos programas educacionais em implementação.

O que distingue as modalidades entre si é, em última instância, o nível da estrutura organizacional/decisória alcançado e no qual se apóia o processo de transferência e delegação de poder e funções. Concretamente, tais modalidades dizem respeito às funções de convenientes e executores definidos nos convênios de descentralização. Ora, como não poderia deixar de ser, tal processo permeia simultaneamente a estrutura federativa do país e as correspondentes instituições educacionais. Exatamente por esta razão, as modalidades de descentralização correspondem também a graus distintos de descentralização. Um mesmo grau de descentralização pode ser atingido por distintos processos que atravessam a estrutura federativa e institucional. Os programas implementados pelo MEC, através da FAE e do FNDE - mas também experiências que vêm sendo levadas a cabo nos estados - permitem então distinguir, no quadro brasileiro de descentralização da educação, 3 modalidades de gestão descentralizada. Estas se distinguem pelo nível do sistema em que vai se apoiar a gestão descentralizada, como contrapartida do convênio (conveniente) e ou como executora do recurso:

- A estadualização - a unidade da descentralização é o poder estadual, através da Secretaria Estadual de Educação (Unidade Conveniente e Executora), que recebe e gere os recursos, distribuindo-os através de Fundos de Suprimento às unidades escolares ou, no caso do kit tecnológico, comprando o equipamento e distribuindo-o às escolas.
- A municipalização- a Prefeitura Municipal é a unidade da descentralização (conveniente, subconveniente e executora): recebe e gere o recurso, determina sua destinação, realiza compras e contrata serviços para as unidades escolares.

- A autonomização da unidade escolar - a escola é a unidade última do processo de descentralização, (a Unidade Executora sendo um de seus colegiados): define suas prioridades, recebe e gere o recurso e presta contas à Prefeitura ou à Secretaria Estadual de Educação.

As modalidades de gestão implementam-se ao longo da estrutura federativa através de distintos processos, que se distinguem por combinarem diferentemente níveis de governo e autoridades escolares, de um lado, e níveis de governo e descentralização funcional (desconcentração) de outro. Poder-se-ia, de fato, definir mesmo uma tipologia dos processos de descentralização, a partir das combinações que vêm sendo empiricamente detectadas no movimento em curso (indicadas pelas siglas entre parênteses):

Com exceção do tipo 3 - que recobre processos apenas de desconcentração das redes e autonomização da unidade escolar - os outros tipos refletem diferentes arranjos federativos e por isso mesmo constituem processos político e administrativamente complexos, o mais denso dos quais parece ser o sexto (descentralização federativa com desconcentração), não por acaso o mais raro. Não é portanto apenas o grau de autonomia que distingue uma modalidade da outra, já que as mesmas funções descentralizadas podem estar sendo transferidas para as mesmas unidades finais em diferentes processos. A questão é saber até que ponto movimentos de desconcentração funcional expressam também transferências efetivas de poder de um a outro nível de governo e, ao contrário, em que medida estas últimas podem ocorrer sem que as redes registrem impactos significativos em termos de descentralização. Como se sabe, é próprio das estruturas federativas de governo conformarem os processos de descentralização ou serem por eles deformadas, apenas repondo a centralização em outro nível. A descentralização que vem se processando na educação brasileira, através de distintos programas, revela essa multifacetada combinação de modalidades e processos, cujos impactos diferenciais são ainda pouco conhecidos. Como o são seus resultados em termos de eficiência e equidade. Os estudos municipais que mais à frente relatamos de alguma forma trataram de estimar aqueles resultados, embora o caráter precoce das experiências de descentralização limitem o alcance da pesquisa.

2. A descentralização da política de saúde

A política de saúde foi a única, entre as políticas sociais brasileiras, que passou por uma radical transformação na década de oitenta, e não apenas no sentido da descentralização. A reforma que culminará na Constituição de 1988 teve por objetivo principal construir um sistema nacional de saúde, concebendo-o como único, integrado e descentralizado, orientado pelos princípios da universalidade e da gratuidade da prestação e pela descentralização do atendimento. A implementação do novo modelo avança até os dias de hoje enfrentando graves e crescentes problemas de organização, gestão mas sobretudo de financiamento, a ponto de que, já nos últimos meses de 1996, o Congresso Nacional aprovou um novo imposto - sobre movimentação financeira- destinado a cobrir o gasto federal com saúde. Entretanto e paradoxalmente, a descentralização e municipalização da política de saúde foi exitosa, com efeitos visíveis sobre a extensão do atendimento e o aumento da equidade.

a) *Características da organização do Sistema Unificado de Saúde - SUS*

i. A Reforma Sanitária: antecedentes e motivações

Até os anos oitenta, a política de saúde operou, no país, através de um quadro institucional muito fragmentado, segmentado também pela dicotomia entre prevenção e cura. O próprio setor público dividia-se entre a medicina preventiva/coletiva (a cargo do Ministério, das Secretarias da Saúde de

estados e de alguns municípios grandes e médios) e a curativa/individual sob responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social - o INAMPS, integrante do Sistema Nacional de Previdência Social. Estados e municípios médios e grandes atuavam também na área hospitalar. Desde os anos setenta, a extensão da cobertura desse "anti-sistema" veio se dando a partir do INAMPS, que estendeu à população não-segurada o atendimento básico de saúde.

No tocante ao setor privado, além da medicina liberal clássica, desenvolveu-se um setor prestador de serviços laboratoriais e hospitalares de grande significado, contratado pelo INAMPS, pelos seguros privados de saúde e pelo setor de medicina de grupo. Alguns corpos profissionais e funcionários públicos, entre eles as FFAA, contavam com sistemas próprios de atenção, em geral de melhor qualidade que o previdenciário. Desde fins da década de setenta, objetivando reordenar a política de saúde e eliminar suas principais distorções, o forte movimento social capitaneado pelo pessoal da área médica -sanitaristas do setor público- consagrou como eixos ordenadores da nova armação institucional a ser criada a integração (dos três níveis de governo), a descentralização e a desconcentração (dos recursos e do poder político para a orientação das ações públicas). Na primeira metade dos oitenta, o "movimento sanitarista" enfrentou grandes resistências oriundas das mais diversas áreas, entre elas o setor privado e burocracias estatais que se fortaleciam nas práticas clientelistas. É apenas em 1984 que as estratégias de reorganização ganharam consistência, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), formas embrionárias de integrar, através de convênios, os serviços de saúde dos três níveis de governo. O passo decisivo foi dado entretanto em 1987. Já no ambiente da democratização do país, sob princípios de integração e descentralização ainda mais radicais, tem início a constituição da nova armação institucional da política agora sob o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), logo depois consagrado na Constituição de 1988 sob a nomenclatura SUS (Sistema Unificado de Saúde).

ii. Os princípios ordenadores do SUS

O novo texto constitucional afirmou o direito à saúde¹⁸ e estabeleceu-a como área integrante da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social.¹⁹ A responsabilidade do Estado na sua provisão foi definida de modo amplo,²⁰ definida a saúde também de maneira extensa. No plano organizacional, a Constituição incorporou os princípios de estruturação do sistema propostos pelo movimento social - a hierarquização, a regionalização a integração e o comando único - e reafirmou, como diretiva estratégica do novo sistema, a descentralização, enfatizando também uma das suas modalidades, a municipalização.

Entretanto, a distribuição federativa das competências em matéria de saúde é matéria complexa e envolve certa ambigüidade. O texto constitucional afirma serem competências comuns da União, dos Estados e dos Municípios os cuidados com a saúde, a assistência pública aos necessitados e a proteção às pessoas portadoras de deficiências. Supõe a descentralização e a municipalização das ações básicas e preventivas. Ao mesmo tempo determina que os municípios devam contar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, na prestação dos serviços de atendimento à saúde da população, o que torna as competências exclusivas desse nível relativamente vagas.

Provavelmente tal dificuldade resulta da complexa engenharia institucional concebida para o SUS. De fato, o novo sistema supõe uma dada distribuição de competências e funções por nível de governo, que devem complementar-se ao longo da estrutura hierárquica em que se inscrevem. Prevê mais ainda a plena integração de recursos e de organizações de serviços dos três níveis de governo, simultaneamente hierarquizadas segundo a complexidade do atendimento e unificadas, em cada nível, sob o comando único em cada esfera administrativa²¹. Ora, nessa estruturação, tanto as

questões de autonomia quanto de competências exclusivas de cada nível tornam-se relativamente opacas. Por isso mesmo, como afirma Afonso (1994), ainda que se prevejam atribuições exclusivas e complementares para as diferentes esferas de governo, estas podem ser na prática ignoradas. Assim, de fato, na área de saúde os três níveis de governo exercem competências concorrentes. Ainda em matéria de organização, a nova estrutura prevê Conselhos de Saúde que, nos três níveis de governo, participam da formulação e supervisão da política.

iii. A implementação do SUS e a descentralização do sistema

Apenas em 1990 foi o SUS regulamentado. A legislação então definida avança novas definições em matéria de competências federativas e sociais na organização e prestação dos serviços de saúde. Com efeito, a nova legislação reserva à esfera federal a competência para elaborar as políticas nacionais na área de saúde e afins e a normatização e avaliação das diretrizes gerais do SUS. De competência específica dos estados são a formulação das políticas estaduais de saúde e o controle das ações e serviços de saúde em seus territórios. Os estados devem também descentralizar e municipalizar os serviços de saúde, executando apenas de modo complementar ou supletivo algumas ações e serviços ainda não integralmente assumidos pelos municípios. Finalmente, são de competência específica dos municípios a elaboração, administração e execução das ações e serviços de saúde locais. De acordo com o texto legal, desprende-se que as Secretarias Estaduais de Saúde devem assumir, primordialmente, o papel estratégico do planejamento regional das políticas de saúde para seus estados, enquanto aos governos municipais é atribuída a competência da gestão dos sistemas locais de saúde. No plano organizacional, a nova legislação determina a constituição, em cada nível de governo, de Conselhos de Saúde, compostos paritariamente por representantes governamentais, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários dos serviços, cabendo a estes colegiados a aprovação de Planos de Saúde do seu âmbito de atuação, a fiscalização dos recursos e a supervisão da política. Outra das inovações introduzidas pela legislação foi o sistema de transferências federais e de pagamento dos serviços. As transferências federais destinadas à saúde, embora não-vinculadas, ganharam automaticidade no seu repasse para as instâncias subnacionais, segundo os seguintes critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população; características quantitativas e qualitativas da rede de serviços e equipamentos instalados; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal dos investimentos na rede; ressarcimento do atendimento da serviços prestados para outras esferas de governo. Também são considerados os requisitos organizacionais.²² Já o pagamento dos serviços passou a se fazer pelo critério de produção, sistemática que, mesmo significando uma racionalidade eficaz para o sistema (Médici, 1991) introduziu distorções uma vez que, segundo Junqueira e Inojosa (1994), onde se previa a parceria - entre a União, os estados e os municípios - passou a ocorrer uma relação de compra e venda nem sempre de interesse dos prestadores, públicos e ou privados. Quando todo o sistema passou a sofrer mais fortemente as restrições fiscais, tal sistemática provavelmente contribuiu para a desaceleração do impulso à municipalização.

Em 1993, através de nova legislação o governo busca retomar o processo de descentralização, definindo novas regras e criando outro tipo de órgão colegiado, as Comissões de Intergestores - responsáveis nos planos federal²³ e estadual²⁴ pela gestão do sistema e, mais particularmente, pela política de descentralização, já que desde então constituíram-se no espaço privilegiado da negociação e deliberação sobre a definição dos graus de autonomia com que cada município deve enquadrar-se. O passo decisivo para a municipalização deu-se com a definição e formalização das modalidades de descentralização, mais precisamente, de uma tipologia dos graus de descentralização que podem ser pleiteados pelos municípios e estados junto à Comissão de Intergestores Bipartite.

Um dado grau de descentralização/municipalização corresponde, nessa tipologia, ao potencial do estado ou do município para assumir a gestão do sistema estadual ou local de saúde. Duas modalidades de gestão oferecem-se aos estados: a parcial e a semi-plena.²⁵ Já os municípios podem ser enquadrados em três modalidades de gestão, a incipiente, a parcial e a semi-plena. Na modalidade de gestão incipiente os municípios se propõem a assumir, progressivamente, as seguintes prerrogativas e responsabilidades: contratar e autorizar o cadastramento de prestadores; programar e autorizar a utilização de AIH (Autorizações de Internação Hospitalar) e dos procedimentos a serem prestados por unidade; controlar e avaliar os serviços ambulatoriais hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; demonstrar disposição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas e/ou federais; incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e zoonoses; e desenvolver ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e portador de doenças ocasionadas pelo trabalho. Nessa modalidade, os estados, através dos Conselhos Estaduais de Saúde, credenciam e avaliam a atuação dos municípios e partilham com cada município da gestão das cotas de AIH. Na modalidade de gestão parcial o município deve assumir de imediato todas essas atribuições. Em contrapartida, passa a receber mensalmente recursos correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

Na condição de gestão semi-plena a Secretaria Municipal de Saúde deverá assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; bem como a execução e o controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, controle de vetores e zoonoses e de saúde do trabalhador em seu território. Assim, nessa modalidade o município é totalmente responsável pela gestão e prestação de serviços em seu território. Seu credenciamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde e o total das transferências de recursos financeiros para custeio corresponderão aos tetos ambulatorial e hospitalar previamente acordados. Tanto os estados quanto os municípios podem recer, ao se habilitarem a algum tipo de gestão, um adicional de recursos correspondentes ao Fator de Apoio respectivamente ao Estado (FAE) e ao Município (FAM). O enquadramento dos municípios acelerou-se nos anos de 1995 e 1996. Em meados desse último ano, dos aproximadamente 5,000 municípios brasileiros, 45% estavam já enquadrados em gestão incipiente; 12% em gestão parcial e 1.8% em gestão semi-plena (92 municípios, cobrindo entretanto cerca de 12% da população).

Em geral observa-se uma certa correlação entre tamanho do município e o tipo de gestão a que se qualifica, os pequenos tendendo a solicitar seu enquadramento em gestão incipiente. Entretanto, tem sido registrada também a resistência dos municípios à gestão semi-plena, expressando seguramente temor em relação à instabilidade e imprevisibilidade dos repasses federais de recursos - que de resto assim tem se comportado. É verdade que, com o novo tipo de enquadramento, reduziu-se em parte a heterogeneidade de situações estaduais e regionais imperantes na primeira etapa de implementação do SUS. Alguns poucos estados -o de São Paulo à frente- aceleraram, até o final dos anos oitenta tal processo, ao passo que outros -a Bahia é exemplar- mal o iniciaram até avançado os anos noventa. Com o enquadramento dos municípios, amplia-se a base comum do sistema. Mas ainda é bastante heterogêneo o atual quadro da descentralização na saúde, tanto pelas disparidades do país e da situação prévia do setor, quanto pelas dificuldades da implementação. Em decorrência, são também heterogêneas e mesmo contraditórias as avaliações que têm sido feitas desse processo, como ver-se-á mais à frente.

iv. A descentralização do Sistema de Saúde sob a ótica financeira

A Constituição de 1988 estabeleceu como fonte de financiamento para a saúde os recursos i) da seguridade social, ii) do Tesouro Federal, iii) dos tesouros estaduais e municipais e d) outros. Não há vinculação de receitas para a saúde nem percentuais fixos para a definição das transferências intergovernamentais. Tal definição das bases de financiamento veio se mostrando estreita e instável. Integrada ao orçamento da seguridade social, a saúde desde logo passou a disputar recursos com a previdência social, dependendo da mesma fonte de financiamento - as contribuições sociais- para seu sustento. Entre 1991 e 1993, o aprofundamento da crise econômica, além de afetar as receitas fiscais da União, dos estados e municípios, enriqueceu também as receitas previdenciárias, de resto pressionadas pela elevação dos valores dos seus benefícios, em decorrência de determinação constitucional. O resultado foi a redução de recursos para a saúde, que aumentou sua dependência em relação às outras receitas da Seguridade (Confins, Contribuições sobre Lucro etc.) e de recursos orçamentários. Em meio aos esforços de ajustamento fiscal do governo, na prática a área ficou quase que totalmente desfinanciada, situação que provocou, recentemente, a aprovação de um novo imposto - o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira - destinado ao seu financiamento, a ser iniciado em 1997.

Refletindo a caótica situação, o gasto federal público per capita com saúde, que foi da ordem de US\$80.2 em 1989, caiu a cerca de US\$44.2 em 1992. Recupera-se nos anos seguintes - US\$55.1 em 1993 e US\$67.1 em 1994 -sem ter ainda atingido o patamar de 1989 (Ipea, 1995). Dado o desenho institucional descrito, prévio ao SUS, o gasto com saúde no país foi até meados dos anos oitenta, de responsabilidade principalmente do governo federal e, nesse plano, dos recursos das contribuições sociais (alocados no antigo INAMPS), mais que do Tesouro. De fato, ao longo da década dos oitenta, a participação dos recursos de contribuições sociais no gasto federal com saúde oscilou entre 87%, no início da década, a 79% em 1990. De seu lado, a área da saúde participou das receitas da seguridade sociais, em 1990, 1991, 1992 e 1993 em respectivamente, 21.7%, 31.4%, 22.8% e 21.1% (IPEA, 1995: 10.10). Do ponto de vista da partilha federativa no financiamento da área, a participação federal no gasto de saúde é ainda bastante elevada, comparada à dos estados e municípios. A tabela 13 mostra, para a década dos oitenta, o comportamento do gasto público com saúde segundo os níveis de governo e registra a tendência até 1989: pequena queda da participação da União e aumento da participação dos estados, os municípios tendendo a manterem-se na mesma posição. Vale ressaltar que as proporções indicadas não incluem as transferências intergovernamentais.

Tabela 13
EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO COM SAÚDE POR NÍVEL DE GOVERNO
% sobre o total

ANOS	SAÚDE		
	Federal	Estadual	Municipal
1980	66.2	21.9	11.8
1983	67.3	23.4	9.1
1985	65.8	23.8	10.3
1987	64.2	26.0	9.7
1989	55.6	33.5	10.7

Fonte: Azeredo, 1992.

Aquela tendência ao crescimento da participação dos estados no gasto com saúde, verificada até o final dos anos oitenta, foi substituída pelo crescimento da participação dos municípios: entre 1988 e 1992 os gastos municipais com a área cresceram 16% (Afonso, 1994: 8-9), refletindo o

aumento e a maior importância das redes municipais na assistência médico-sanitária. Nenhuma das alterações, entretanto, foi suficientemente forte para reverter o quadro de grande centralização na União da responsabilidade financeira pelo gasto com saúde, até hoje verificada. A inegável descentralização que vem ocorrendo na área, acentuando a participação dos entes subfederados -em especial os municípios- nas ações de saúde- expressam principalmente a descentralização do gasto, mais que o aumento da participação dos recursos próprios municipais e estaduais no financiamento do sistema.

b) *A provisão dos serviços de saúde: principais indicadores*

Entre 1980 e 1992, a capacidade instalada do sistema de saúde praticamente duplicou-se: os estabelecimentos médicos cresceram 128% e o número total de médicos cresceu cerca de 80%. Em termos regionais, as regiões norte e sul tiveram desempenho mais positivos nesses indicadores, melhorando portanto sua posição relativa no conjunto das regiões. Em 1992, se bem que a região Sudeste seguia concentrando cerca de 40% dos estabelecimentos e 57,5% dos médicos, ocupava posição relativamente menos concentrada que em 1980 (45 e 60% respectivamente). Com exceção da Região Norte, em todas as outras as maiores taxas de crescimento verificadas foram nos estabelecimentos privados de saúde que, em decorrência, melhoraram sua posição relativa frente aos públicos (AMS-IBGE, 1980 e 1992). Mais modestas, as taxas de crescimentos das consultas e internações, da ordem de 13% entre 1985 e 1992, exprimem melhora significativa apenas na posição relativa da Região Nordeste, frente às outras, como se pode verificar pela tabela 14. Em termos da oferta de leitos hospitalares (por mil habitantes), melhorou a posição relativa das regiões menos favorecidas, como pode se verificar pela tabela 15, para o período 1990-1994.

Tabela 14
BRASIL, REGIÕES, BAHIA, S. PAULO: CONSULTAS MÉDICAS E INTERNAÇÕES -1985-1987-1992

Brasil = n°s absolutos/% sobre total

	Brasil	Norte	Nordeste	Bahia	Sudeste	São Paulo	Sul	Centro Oeste
Consultas (100%)								
1985	273,854,533	3	18	5	56	30	14	6
1987	295,551,100	3	19	5	56	31	14	6
Internações								
1985	17,268,416	4	22	5	46	23	18	8
1987	17,279,117	4	23	4	44	23	19	9

Fonte: AMS-IBGE, anos 1985,1987 e 1993. NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 15
LEITOS CADASTRADOS NO SUS POR MIL HABITANTES 1990-1994

REGIÕES/BRASIL	Leito p/1000 hab.	
	1990	1994
Norte	1.1	2.1
Nordeste	2.1	2.9
Sudeste	3.3	3.6
Sul	3.6	3.8
Centro-Oeste	3.3	3.9
Brasil	2.9	3.3

Fonte: DATASUS/FNS/MS apud IPEA, 1995
NEPP/UNICAMP, 1996.

Vários indicadores de produção e oferta de serviços de saúde atestam êxitos do processo de municipalização ocorrido no período citado, que em alguns aspectos assume mesmo dimensões espetaculares. Por exemplo, frente à quase duplicação da capacidade instalada do sistema, entre 1980 e 1992, a capacidade instalada municipal pública cresceu mais de 8 vezes, como indica a tabela 16.

Tabela 16
BRASIL: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - TOTAL, PÚBLICOS E PÚBLICOS
MUNICIPAIS 1980-1992

Tipo	Total (públicos + privados)		Públicos			
			Total		Municipal	
	1980	1992	1980	1992	1980	1992
com internação	6,110	7,430	1,217	2,114	348	1,046
sem internação	12,379	42,246	8,828	24,978	2,354	17,616
TOTAL	18,489	49,676	10,045	27,092	2,702	18,662

Fonte: AMS-IBGE 1980; AMS-IBGE 1992; IPEA, 1995
NEPP/UNICAMP, 1996.

Como pode se verificar, se consideramos apenas os estabelecimentos públicos, a participação da rede municipal com internação cresceu de 28.6 a 49.5%; naqueles sem internação, cresceu de 26.8 a 68.9%. Mas também sobre o total de estabelecimentos (públicos e privados), é significativa: no total de estabelecimentos com internação passa de 5.7 para 14.1%; naqueles sem internação, sua participação cresce de 14.6 para 37.6%. É preciso examinar com cautela estes números. Sem negar o crescimento da participação municipal - até porque integra-se a ela - deve-se levar em conta que, pelo menos no período mais recente foi sobretudo a participação do setor privado na capacidade instalada que mais cresceu. Se considerarmos a participação relativa dos diferentes tipos de prestadores no total de estabelecimentos médicos, entre 1988 e 1992, poderemos verificar que: a) são principalmente os estados, seguidos pelo governo federal que perdem posição relativa, baixando sua participação de 39 a 14%; b) também o governo federal tem reduzida sua participação, de 7 a 3%; c) a participação do setor público municipal cresce, embora modestamente, de 32 a 38% e d) o setor privado aumenta sua participação de 22 para 45%.

Que a participação -pública e privada- dos municípios cresceu e parece ainda tender a elevar-se pode-se também verificar pelas informações mais recentes sobre internações e despesas na rede hospitalar do SUS. Entre 1991 e 1994, a rede hospitalar municipal que respondia por 4.4% das internações do SUS, aumenta sua participação para 8.1%; a sua participação nas despesas com internações do SUS passa, no mesmo período, de 2.9 para 5.4%. Decresceram, nos dois indicadores, as participações da rede hospitalar federal (a 1% ou menos) e da rede contratada/filantrópica (de 80.6% a 72.2% nas internações e de 78 a 65% nas despesas com internações) (Ipea, 1995: 10.5). Também é expressiva a municipalização, quando examinada pela participação da rede hospitalar municipal na oferta de leitos: entre 1991 e 1994, a participação dos municípios na oferta total de leitos cresceu de 3.9 a 7% (frente aos decréscimos das participações relativas das redes contratada/filantrópica, federal e estadual) (Ipea, 1995: 10.8).

c) *A descentralização da política de saúde: uma avaliação preliminar*

A trajetória da política de saúde, no Brasil, é paradoxal em vários aspectos e por isso mesmo, a avaliação da inegável descentralização que nela se processa é complexa e ambivalente. O Projeto SUS é até agora vitorioso apesar das fortes resistências que enfrentou e enfrenta. Iniciado nos anos oitenta segundo princípios de sistema único, universalismo, gratuidade - consistiu de fato num movimento que desafiava as possibilidades do Estado - crescentemente reduzidas - e mesmo idéias e valores a

respeito das diretrizes e funções públicas que nucleiam o *mainstream* dos formadores de opinião. Por isso mesmo foi criticado e rebatido.

Implementando-se em meio adverso e organizando-se como sistema de enormes dimensões, tem enfrentado com dificuldades as suas mais fortes distorções -de gestão, controles etc.- que ainda conferem ao gasto social fortes marcas de ineficiência e ineficácia, fortemente sentida, na ponta do atendimento, nos grandes centros urbanos, mas também nos pequenos e pobres municípios rurais. Dessa forma, o desenvolvimento e o desempenho do sistema aparentemente corroboram os diagnósticos e as previsões dos seus críticos: a perda de comando e o caráter caótico do movimento; a inadequação do sistema de financiamento; a desorganização institucional e perda de caráter sistêmico dos serviços; a tensa relação com o setor privado prestador; a ausência de controles e, finalmente, o uso clientelístico dos recursos.

É visível, entretanto, a resistência do sistema às próprias dificuldades. Parte dos apoios com que conta hoje foram e são alimentados pelas virtudes do seu desenho, formato e *modus operandi* entre as quais destaca-se inegavelmente a descentralização, envolvendo fortes redefinições dos papéis e funções do Estado e das esferas de governo. Seguramente contribuem também para a ampliação da sua base de adesão o envolvimento da comunidade e as amplas e flexíveis alternativas de parceria com o setor privado em que se assenta.²⁶

Nesse aspecto, o SUS foi duplamente vitorioso. Já nos anos oitenta, como se disse, a política de saúde foi a única área de política social efetivamente reformada, numa agenda de reforma social bastante ampla.²⁷ No presente, quando os originais grupos de atores que impulsionaram tal processo desapareceram enquanto tal, logrou ainda assim firmar extensas -embora fragmentadas- bases de apoio distribuídas nos vários segmentos da sociedade e ao longo do espectro político, refletindo a mobilização dos novos atores locais. Resultado seguramente da capilaridade de sistema, acentuada pela base descentralizada em que vai se assentando.

O avanço da descentralização e da municipalização é inequívoco, tal como demonstram os indicadores de provisão e da execução do gasto. Os municípios assumiram parte da responsabilidade na prestação da assistência médico-sanitária e as redes municipais pré-existentes aparentemente perderam o caráter periférico e marginal de antes. Mais ainda, entre os resultados da descentralização estão os fortes estímulos e pressões mobilizados no nível local para a extensão dos serviços - aos quais aparentemente os municípios vêm respondendo.²⁸ Sem dúvida, são fortes as dificuldades enfrentadas.

O papel dos estados no sistema SUS é uma das dimensões complexa do processo de descentralização. A concepção original, como observamos, longe esteve de ser apenas municipalista. Previa e prevê funções inarredáveis para a instância estadual, seja pela integridade democrática do pacto e da estrutura federativa, seja mais ainda pela experiência e expertise institucional acumulada nesse nível, indispensável para a manutenção da qualidade do sistema. Na verdade, a implementação do novo sistema tende a caminhar com mais agilidade exatamente nos estados em que as redes estaduais prévias ancoraram e facilitaram a descentralização e a municipalização. Em alguns casos, o processo atravessa mesmo uma etapa de "estadualização", tal a força e direcionamento localizados nos organismos estaduais (Vianna, 1993).

Ora, tanto pelo atual aperto fiscal que restringe dramaticamente a ação dos estados, quanto pelo "apelo" municipalista do centro, nos ensaios de autoreforço político que reiteradamente fazem governantes federais, o *bypass* dos estados tende a ocorrer na implementação do sistema, resultando daí menos a agilização das máquinas, muito mais vácuos institucionais perniciosos para a capacitação,

regulação e inovação da política. Também o comando federal na implementação da reforma descentralizante foi e é imprescindível nas suas funções de coordenação, estímulo e financiamento. Ora, as oscilações provocadas pelos desequilíbrios fiscais em que se enredaram governos federal e estaduais provocaram também, em tempos distintos, forte variabilidade estadual e local na força relativa da política de descentralização.²⁹

Finalmente, o desvio municipalista ameaçou e ameaça o SUS a partir dos próprios municípios. O forte envolvimento dos atores locais com a política de saúde, transformada em poderoso recurso político, reforçado pela grande autonomia de que gozam os municípios, criou fortes estímulos para uma "autonomização" indevida do nível local, disposto a romper com os princípios estruturadores do sistema, entre eles o sistema de referência e contra-referência. Exemplo disso pode ser verificado nos constantes projetos - e práticas municipais de construção hospitalar em pequenos e médios municípios, eventualmente capazes de suportar o investimento inicial (obras) mas quase sempre incapazes de sustentar a manutenção e operação do equipamento.

Ao avançar a descentralização em circunstâncias dramáticas de restrições financeiras, afetando os três níveis de governo, aquelas distorções e dificuldades tenderam a se agravar. Por exemplo, concorre também para o reforço do viés "hospitalista" dos prefeitos o fato de que as redes secundárias regionais de atendimento não foram criadas. Não existiam, anteriormente, na medida adequada, e sua implantação demandava e demanda investimentos significativos - adiados pelas razões acima. Ora, na sua ausência, tornaram-se exorbitantes as pressões sobre os equipamentos terciários e quaternários. É bastante previsível que, em tais circunstâncias, fossem canalizadas para as prefeituras as demandas não respondidas.

Em outras palavras, a descentralização suposta no SUS é complexa, até porque entre os condicionadores do seu sucesso estão as capacidades relativas e empenho autoreformulador também dos níveis mais altos da hierarquia. Tal descentralização "...exige contrapartidas de peso dos demais níveis de governo. Essas contrapartidas devem envolver i) a formulação de novas políticas e programas pelos níveis estaduais e municipais; ii) implementação de reformas administrativas e técnicas; iii) adoção de novas políticas para a área de recursos humanos etc. O ciclo descentralizador só se torna virtuoso quando há essa combinação explícita de políticas e programas entre os diferentes níveis de governo" (Vianna:1993:45,46). Na ausência daquelas condições, a descentralização e municipalização enfrentam dificuldades recorrentes nas previsíveis carências em matéria de gestão, capacitação e, enfim, qualidade dos serviços prestados. A "revolução gerencial" anunciada pelo SUS ainda não se completou.

3. A descentralização em educação e saúde: as diferenças dos modelos

A situação e os resultados relatados nos capítulos anteriores suscitam - e permitem - uma reflexão sobre os distintos modelos de descentralização observados nas políticas de saúde e de educação fundamental. Com efeito, o processo de descentralização das políticas e programas sociais no Brasil vem avançando, desde o início dos anos oitenta, segundo concepções e fases distintas, que merecem referência. Desencadeado o movimento de democratização, ainda sob o regime militar a tese da descentralização ganhou força e centralidade na agenda de reformas das políticas sociais, tanto para reduzir o peso do executivo federal na sua condução como e principalmente para possibilitar a extensão da cidadania social. Até metade dos oitenta, esta foi afinal a etapa da mobilização e amadurecimento de propostas e modelos daquilo que se projetava como o padrão democrático da descentralização.

É verdade que, nos estados, as eleições livres de governadores de 1982 criou a possibilidade para que, já no ano seguinte, tivessem início interessantes experiências estaduais de remodelagem institucional dos programas sociais, iniciativas acompanhadas por muitos municípios. O florescimento das inovações defrontou-se, contudo, com a aceleração da inflação e da recessão, que as impediu de revelarem suas potencialidades. Nova fase se desencadeia em 1985, já sob o clima do reformismo mobilizador da Nova República e do primeiro plano de estabilização, o Plano Cruzado. No plano federal, praticamente todas as áreas sociais foram desafiadas a definir novos padrões de organização, financiamento, articulação federativa e, principalmente, elevação dos seus parâmetros de eficácia, efetividade e equidade. Comissões nacionais de reformas, de ampla representatividade, foram criadas em todos os setores, incluindo o tributário, movimento que conduziu seus resultados para a Assembléia Nacional Constituinte, instalada em 1987. A nova Constituição de 1988 registrou o espírito das propostas generosas ali produzidas, por isso mesmo conhecida desde então como Constituição-Cidadã.

Entretanto, o movimento real das políticas, nos anos de 1987-1989, longe esteve de expressar o otimismo com que se abriu este segundo período. Sob o impacto da instabilidade econômica e dos sucessivos planos de estabilização que se sucederam ao Cruzado, o encolhimento dos recursos financeiros restringiram o escopo daquele processo. Quando, em 1989, sob o Plano Verão, o governo federal se pôe em movimento para implementar ações descentralizadoras na área social, vai fazê-lo segundo orientações fiscalistas de redução do déficit público, promovendo menos a descentralização, antes o que então negativamente se chamou "desmonte" dos organismos federais, com pífios resultados no redesenho institucional da área social. Paradoxalmente, no plano dos estados e municípios, um maior volume de recursos começa a ser mobilizado em programas sociais, como resultado da maior disponibilidade criada pela reforma tributária de 1988, mesmo quando a descentralização de encargos não tivesse acompanhado equilibradamente tal descentralização de recursos. A descentralização caótica assim desencadeada avança para a etapa seguinte, inaugurada com o Governo Collor, em 1991. Sob o signo do desequilibrado programa de ajustamento ali ensaiado e de forte redução de recursos, a área social federal foi afetada por movimentos convulsos de desorganização institucional e desativação de programas, situação que se reproduziu nos estados e municípios, afetados também por restrições fiscais importantes. Já sob o Plano Real e desde o início do atual governo, a deliberada política de descentralização, se bem reintroduz perfis mais coerentes de racionalidade ao processo, vem sendo desafiada a se implementar dentro das estreitas margens definidas por vetores de difícil administração: o quadro fiscal apertado e a rigidez dos parâmetros macroeconômicos; o descompassos temporais e de modelos entre as várias dimensões da reforma do Estado; o negativo legado institucional herdado do período anterior; o agravamento inusitado da situação fiscal dos entes federados, particularmente os estados. Perigosas condições, como se sabe, para que predominem, no processo de descentralização, as motivações e os objetivos fiscalistas, reduzindo seus escopos, significados e impactos sociais virtuais. O inteligente aproveitamento e a calculada maximização das estreitas oportunidades tem distinguido, hoje, as áreas que acumulam êxitos em matéria de descentralização, como se viu ser o caso da política educacional.

A preocupação com a descentralização também ocupou papel central nas políticas de saúde e de educação desde início dos anos oitenta, expressando as críticas às orientações centralizadoras impostas às políticas sociais durante o regime militar. Entretanto, desde aquele momento distinguiram-se os significados, as estratégias, as metas, os *timings*, enfim, os próprios modelos de descentralização concebidos para cada uma daquelas duas áreas, diferenças que se acentuaram ao longo dos quinze últimos anos. Os perfis institucionais das duas áreas foram já expostos nos capítulos anteriores. Interessa-nos aqui refletir sobre as dimensões e resultados dessas diferenças, de modo a destacar, entre as características diferenciadoras, as que mais de perto condicionaram os rumos e o alcance do processo posterior de descentralização ocorrido nas duas áreas. Para tanto, é importante

então localizar as diferenças em dois momentos estratégicos, a situação prévia da descentralização e seu desenvolvimento posterior.

Considere-se, em primeiro lugar, a forte diferença institucional presente já no ponto de partida ou, melhor dizendo, na situação ex-ante do desencadeamento do movimento de descentralização. No caso da educação, embora o autoritarismo centralizador do pós- 1964 tenha aí também posto sua marca, as competências e a oferta efetiva da educação fundamental foram de responsabilidade de estados e municípios desde as mais antigas constituições da República. No início da década de oitenta, tanto no financiamento quanto no gasto, a maior participação na provisão de educação fundamental e média vinha dos estados, seguidos dos municípios. O governo central (a União), embora mantivesse papel regulador significativo, registrava modesta responsabilidade no financiamento e nenhuma participação na oferta de ensino fundamental e médio. No plano federativo, portanto, descentralizar aqueles níveis de ensino teria o claro significado de transferir dos estados para aos municípios a sua provisão. Como vimos, os resultados nesse plano são ainda pequenos. No plano organizacional, outra característica especificava a política educacional na situação ex-ante, qual seja, o caráter sistêmico e nacional já alcançado nessa área. De fato, apesar de históricas distorções, desde a década dos sessenta o país passou a contar com a codificação legal básica que fundou o sistema nacional de educação,³⁰ no interior do qual passaram a definir-se as competências exclusivas ou competitivas assim como os mecanismos de interação das três esferas de governo.

Ao iniciar-se a década dos oitenta, portanto, a educação fundamental no país assentava-se sobre competências e estruturas municipais e estaduais dotadas já de certa maturidade organizacional, através da qual havia enfrentado, na década anterior, a "explosão das matrículas" que elevou a quase 90% a cobertura da faixa etária correspondente. Ultrapassar a barreira dos 90%, reduzir as taxas de repetência e evasão e, enfim, aumentar a qualidade do serviço educacional oferecido - estas eram as metas para as quais um grau maior de descentralização poderia significar avanço.

É absolutamente distinta a situação da política de saúde, se se toma o princípio dos anos oitenta como ponto de referência. Até então, o Brasil não dispunha de um sistema nacional de saúde nem os serviços existentes apoiavam-se em qualquer divisão de competências entre os três níveis da federação. De fato, serviços e programas preventivos e de atendimento básicos pertencentes a Estados e municípios (grandes e médios) conviviam com o grande "sistema" federal organizado em torno da previdência social -o INAMPS que, embora financiado com recursos de contribuições sociais, passou a estender seus serviços a segmentos não- segurados da população, universalizando de modo distorcido o atendimento primário. Apenas na segunda metade dos anos oitenta iniciou-se a montagem de um sistema nacional de saúde, no interior do qual passaram a articular-se os três níveis de governo na prestação do atendimento médico-sanitário. O processo ainda em curso tem o significado institucional e organizacional de uma unificação sistêmica, dirigida pelos princípios estruturantes já citados: a unificação, a descentralização, a universalidade da cobertura e a gratuidade da prestação. À diferença do que ocorreu com a política educacional, a descentralização da saúde passou a apoiar-se então na complexa e sofisticada engenharia institucional do sistema unificado e descentralizado de saúde, o SUS, no qual o papel do governo federal é forte e imprescindível em todas as dimensões, particularmente no financiamento.

Diferem ainda os dois sistemas quanto à autoridade local que adquire maior autonomia. No caso da saúde, o modelo SUS é decididamente um modelo de municipalização, que institui o prefeito municipal como a autoridade máxima, no plano local, sobre uma rede unificada. Na educação, a descentralização tem reforçado sobretudo a autonomia da unidade escolar - da sua direção e da comunidade de pais e professores -na gestão do sistema. Ora, principalmente onde convivem na mesma localidade a rede municipal e a rede estadual de ensino, tal forma, ainda que importante e

socialmente eficaz de desconcentração, não tem significado uma maior assumpção local de responsabilidades e condução unificada do atendimento das demandas da população em matéria educacional.

No plano do financiamento, a situação é, em certa medida, inversa. Muito criticada, a controversa vinculação constitucional de recursos para a educação fundamental, imposta aos três níveis de governo, inegavelmente contribuiu para reforçar a área e suas potenciais capacidades. De fato, desde os anos oitenta, a descentralização educacional pode assentar-se sobre bases mínimas e relativamente estáveis de recursos, diferentemente da saúde, área na qual, adicionalmente, os parâmetros de gasto tendem a ser mais rígidos. A situação, hoje, é a de que, enquanto o Ministério da Educação pode promover, com os recursos existentes, uma quase revolução no perfil do financiamento da educação fundamental, praticamente sem incorrer em gastos adicionais para o governo federal, no caso da saúde, a rigidez fiscal que afeta os três níveis de governo impede na prática o avanço da descentralização, já que o gasto com saúde pode ser mais facilmente golpeado. Não é por acaso que, no período recente, a demanda por vinculação voltou à agenda de discussão. Os modelos de descentralização em educação e saúde diferenciam-se também quando examinados segundo características dinâmicas dos seis processos, particularmente as forças sociais em que se apoiam.

Desde logo, vale ressaltar a forte diferença relativa aos atores estratégicos que, em cada área, impulsionam a descentralização. Como já nos referimos, a construção do SUS foi a exitosa obra do grupo médico e pára-médico atuante nos serviços públicos, em geral de formação sanitarista, que lograram mobilizar e formar a opinião pública segundo a pauta da sua agenda de reforma do setor. Demonstrando alto grau de coesão, comportaram-se como atores coletivos de expressão e força nacionais, cujas teses e formulações dirigiram, desde 1984, as ações federais de articulação com estados e municípios e definiram, na Constituição de 1988, o novo formato organizacional do SUS. Avançada a implementação do sistema, aqueles atores da situação ex-ante foram substituídos por outros, agora enraizados e alimentados pelas energias locais e estaduais - cujos porta-vozes são sobretudo os prefeitos - circulando preferencialmente através dos canais políticos da representação de interesses. Transformada em moeda política, a saúde passou a ser dinamizada também pelas forças da política, senão pelo calendário eleitoral, redefinindo-se assim o espaço onde atuam as comissões e conselhos de saúde.

Mais fragmentados e menos coesos são os grupos de atores atuantes no campo da educação, principalmente os professores primários. E isso vale tanto para a situação inicial quanto para a dinâmica posterior do movimento. Com efeito, dada a conformação "estadualizada" e "municipalizada" da oferta, os corpos docentes, além da dificuldade de organizarem ações concertadas nacionalmente, tendem a enfrentar a descentralização sob o viés da sua localização territorial: os municipais com muito desinteresse, e os estaduais com fortes resistências. No período recente, as inovações descentralizadoras foram impulsionadas sobretudo por iniciativas das autoridades governamentais da educação, localizadas nos organismos federais (Ministério da Educação), estaduais e eventualmente municipais, nem sempre acompanhadas da adesão, menos ainda da mobilização dos docentes. Portanto, os atores estratégicos - as próprias autoridades educacionais - definem-se nas redes de ensino e no seu topo. Não por acaso, a desconcentração das redes, mais que a municipalização, resulta como padrão dominante de descentralização, nessa área. Distinguem-se então, na dinâmica da descentralização, não apenas os atores estratégicos que atuam em uma e outra área, quanto também o padrão de politização que envolvem. A questão remete diretamente ao tema da politização partidária e eleitoral da descentralização.

Quando a descentralização da política social efetivamente envolve transferência de poder decisório para os estratos infra-nacionais de governo -e não meramente desconcentração decisória para níveis inferiores da hierarquia organizacional das redes prestadoras de serviço- é quase inevitável a politização do processo, através da transformação dos seus resultados mais palpáveis em recursos de poder e meio de angariar apoio e prestígio por parte das autoridades locais. Parte ponderável dos argumentos contrários à descentralização e principalmente à municipalização,³¹ faz apelo às possibilidades desse uso particularista e clientelista dos recursos e dos resultados das políticas por parte das lideranças tradicionais locais, fato que se verifica com frequência, principalmente quando os formatos descentralizados não contemplam mecanismos participativos de controle social.

Ainda assim, a politização pode envolver aspectos positivos, ao ampliar as possibilidades de maior informação e participação do cidadão comum no debate sobre alternativas eleitoralmente disputadas. Em alguma medida, isso vem ocorrendo com a descentralização da política de saúde no Brasil. O modelo SUS, ao instituir o Prefeito Municipal na autoridade local do sistema de saúde, transformou esta política em legítimo e importante *issue* da propaganda e da disputa eleitoral nos pleitos municipais. Mas e principalmente, canal político de negociação entre o município e os níveis superiores de governo. Por sua vez, os Conselhos Municipais de Saúde, ao cumprirem funções necessárias no processo de formação e encaminhamento da política, também transformaram-se em arena importante de disputas e negociações, mesmo quando o poder manipulador das autoridades locais mostra-se ainda forte. É diferente, até agora, a situação da educação fundamental. De um lado, com exceção da construção escolar -pela visibilidade política da "obra"- o setor não é mais, como no passado, moeda forte na disputa e na política local. Por seu lado, os Conselhos Municipais de Educação enfrentam dificuldades de toda ordem para institucionalizarem-se. Entre elas estão a duplicidade das redes locais, de um lado, e as ainda frouxas definições de funções e competências do Conselho na política educacional local. Mas com certeza, o padrão de descentralização predominante na área reitera essa fragilidade da participação social. Como vimos, a autonomização da escola vem sendo acompanhada, embora lentamente, do reforço dos Conselhos Escolares e das Associações de Pais e Mestres. Entretanto, pode e tem sido distante a relação que se estabelece entre esta comunidade escolar, de um lado, e a sociedade inclusiva e as autoridades locais, de outro, o que reforça a baixa politização da área e, em contrapartida, fragiliza este próprio padrão de desconcentração.

IV. DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO NÍVEL LOCAL

Com certeza, o município constitui o ponto ótimo de observação para se avaliar hoje, no país, os resultados dos processos de descentralização das políticas de educação e saúde. Mesmo naquele caso em que a municipalização não constitui o eixo principal da descentralização, é no plano local que pode ser verificada com maior acurácia a adequação entre os serviços dispensados e as demandas da população; a qualidade dos serviços sociais e, enfim, os recursos e energias sociais locais que poderão dinamizar seu futuro aperfeiçoamento. Os estudos municipais que realizamos em muito boa medida retrataram o estágio atual, as virtudes e os obstáculos que vêm sendo enfrentados pela implementação de formas mais descentralizadas de operação e gestão dos serviços públicos de educação e saúde. O seção 1 apresenta os critérios e orientações metodológicas utilizados pela investigação, assim como suas principais características sócioeconômicas e das políticas de descentralização. O seção 2 apresenta os principais resultados da pesquisa local, examinados segundo seus impactos sobre a eficiência social e técnica dos serviços assim como sobre a equidade regional. A opção pelo exame apenas da dimensão regional da equidade deveu-se à ausência de séries históricas locais confiáveis que permitissem medidas de desvio padrão. Considerando o fato de que o seção 2 em já conotação conclusiva, a Conclusão apenas remete às principais evidências encontradas e aos temas que merecem recomendação de alteração das políticas.

1. Critérios de seleção e principais características dos estados e municípios selecionados

Salvador, Catú e Coronel João Sá, na Bahia (Região Nordeste) e Campinas, Santos e Itaberá, em São Paulo (Região Sudeste), foram os municípios escolhidos pela pesquisa. Selecionar alguns poucos municípios para estudos de caso não é matéria fácil, no Brasil: além do seu enorme número -cerca de 6 mil- os municípios, juntamente com os estados e regiões, conformam aquele extraordinariamente heterogêneo quadro do qual alguns indicadores foram registrados nas partes anteriores. Do seu lado, também as políticas de educação e saúde vêm observando modalidades distintas de descentralização, que assumiram feição regional e estadual próprias, como também já se comentou. Por essas razões, a estratégia metodológica que orientou a seleção dos municípios tratou de combinar diferentes critérios. Por outro lado, a avaliação da descentralização considerou distintos indicadores, gerais e setoriais, buscando redimensioná-los segundo as características regionais e estaduais das redes de serviços.

a) *Orientações metodológicas e características da pesquisa de campo*

i. A seleção das regiões e dos municípios

Critério regional. Dados os significados que ainda guarda, em termos de indicadores sociais, a polarização nordeste e sudeste, estas foram as duas regiões selecionadas para, aí, localizar os estados e municípios dos estudos de caso.

Seleção dos estados. Na escolha dos estados, o peso maior coube a critérios setoriais próprios da política e de seus respectivos processos de descentralização. São Paulo é o estado onde a

descentralização sob o modelo SUS está mais avançada e madura, diferentemente da Bahia, um dos estados nordestinos onde mais tardiamente implementou-se este modelo de descentralização. No caso da educação, o estado de São Paulo possui a maior rede estadual do país (envolvendo mais de 6 milhões de alunos); que apresenta os melhores indicadores de desempenho (junto com o Rio Grande do Sul e Minas Gerais) e a mais baixa taxa de municipalização (cerca de 30%) da oferta pública. Diferentemente, a Bahia destaca-se como caso em que, embora a oferta educacional de primeiro grau seja preponderantemente municipal, o processo de avanço dessa modalidade de descentralização tem enfrentado dificuldades e apresentado resultados insatisfatórios de desempenho. Entretanto, dentro da região Nordeste, juntamente com Pernambuco, este estado situa-se no melhor nível dos indicadores sociais, permitindo comparações mais adequadas, portanto, com São Paulo.

Seleção dos municípios. Além da localização regional o porte dos municípios é sabidamente critério diferenciador do comportamento de quase todos os indicadores. Portanto, foi este o primeiro critério considerado. Os municípios de cada um dos estados foram classificados em pequenos, médios e grandes, segundo a dimensão populacional e as três faixas de população adaptadas à distribuição dos municípios em cada estado.³² Definido o ranking dos municípios, a seleção de cada um dos tipos considerou outros critérios: características de região metropolitana e redes municipais de educação e saúde extensas e complexas (caso de Campinas e Salvador); inovações interessantes que vêm sendo experimentadas (caso de Santos e Campinas); disponibilidade de informações prévias (caso de Campinas, Santos, Salvador e Catú) e, no caso dos pequenos (Cel. João Sá e Itaberá), pertencer ao Programa Comunidade Solidária,³³ que selecionou os municípios segundo os maiores graus de incidência da pobreza.

ii. Fonte e técnicas de coleta de informação

As informações gerais sobre os municípios foram coletadas em secretarias estaduais de saúde, educação e planejamento, assim como em publicações de organismos estaduais. As informações específicas foram coletadas através de levantamentos locais de dados, questionários e entrevistas realizados nos próprios municípios com autoridades e atores estrategicamente colocados nas redes de serviços.

iii. Indicadores de desempenho

O processo de descentralização, nas duas áreas estudadas, foi observado, reconstituído e avaliado segundo indicadores de eficiência e de equidade, segundo as definições metodológicas sugeridas pela Cepal para este trabalho (Cepal, 1996). A eficiência foi examinada nos seus aspectos de eficiência social³⁴ e eficiência técnica (indicadores de resultados,³⁵ de estrutura,³⁶ de processo³⁷). A avaliação do processo de descentralização considerou especificamente os seguintes aspectos das relações entre níveis de governo: descentralização de encargos (por exemplo, transferência para os níveis infra-nacionais de obrigações e deveres antes pertencentes aos níveis superiores); de competências administrativas (por exemplo, poder e capacidade de propor, de definir e de implementar políticas e programas) e de recursos (por exemplo, porcentual dos recursos localmente gastos que foram transferidos; proporção entre encargos e recursos transferidos; grau de liberdade sobre o uso dos recursos tais como o poder de alocá-los, de contratar, de despedir, de determinar salários etc). Os indicadores observados de equidade relacionam-se com os impactos da descentralização sobre: diferenças sócioeconômicas da população; diferenças entre localidades e regiões; diferenças resultantes da relação público/privado e da relação municipal/estadual da localização dos serviços. Foram muitas as dificuldades enfrentadas na identificação e coleta de informações, principalmente as quantitativas. Particularmente no tocante a gastos municipais com saúde e educação e a salários pagos a docentes e a médicos, a pesquisa ressentiu-se da quase total

ausência de dados, além das incompatibilidades entre as fontes, em especial os orçamentos municipais e os balanços executados.

b) *Os estados e os municípios selecionados: indicadores sócioeconômicos e características das políticas de descentralização*

Além da variação sócioeconômica, os municípios selecionados para estudo de caso diferem em relação às características e ao estágio das políticas de descentralização de saúde e de educação que vêm implementando. Principalmente nesse último aspecto, as peculiaridades estaduais pesam decididamente, já que em boa medida, decisões sobre descentralização concentram-se nesse plano de governo.

i. Os municípios da Bahia: Salvador, Catú e Coronel João Sá

Localizado na região nordeste, o estado da Bahia é o mais desenvolvido entre os que a integram. Concentrando 32.5% em termos nacionais, é o sexto estado em participação individual no PIB.³⁸ De área extensa,³⁹ contava, em 1991, com uma população de 11,867,991 habitantes, 60% da qual residente em zona urbana. A economia bahiana, nos últimos 30 anos, transitou de uma economia primário exportadora para uma economia polarizada por complexos industriais e agroindustriais modernos: entre 1960 e 1994, a composição setorial do PIB baiano passou de 40% no setor primário, 12% no setor secundário e 48% no setor terciário para respectivamente, 13.8%, 34% e 52.2%. O pólo petroquímico de Camaçari, localizado no litoral bahiano, polariza o desenvolvimento industrial do estado (e do Nordeste), também dinamizado pela indústria de celulose, pela agro-indústria da soja nos cerrados e a hortifruticultura na região média do Rio São Francisco. Coexistem com esta economia moderna as culturas do cacau, do café, do algodão, do sisal e do fumo, e ainda outras áreas de pobreza e atraso econômico como a região do semiárido, determinando um quadro de acentuada heterogeneidade intra-regional, intrasetorial e de infra-estrutura econômica.

As disparidades de renda e os indicadores de pobreza expressam aquela heterogeneidade. Em 1988, com um PIB per capita de US\$ 1,226, bem abaixo da média nacional de US\$ 3,993, o estado registrava uma renda bastante concentrada⁴⁰ e uma população indigente de 37.6% (IPEA, 1993). As finanças estaduais, relativamente ajustadas no passado recente, dependem em 56% do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços-ICMS e em 20.3% de transferências federais (Fundo de Participação dos Estados).⁴¹ Em 1995, as despesas correntes do estado significaram 74,6% da despesa total e as de capital, 25.4%. O gasto com pessoal foi de 53.2% das despesas correntes, abaixo portanto do limite de 65% estabelecido por lei, refletindo a política de redução de pessoal das duas últimas administrações. As transferências a municípios representaram 23.2% das despesas correntes e os gastos (por programa) com Educação e Cultura e com Saúde e Saneamento foram respectivamente de 13.4% e de 9.7%.⁴²

O processo de descentralização das políticas de educação e de saúde, na Bahia, tem sido marcadamente lento, refletindo o baixo envolvimento das lideranças políticas que historicamente dirigem o estado⁴³ com os formatos e os objetivos das formas mais descentralizadas de gestão. Na área de saúde, a Bahia já se destacara no final dos anos oitenta pelo recuo frente aos convênios SUDS e, mais tarde, a integração do SUS. Mais recentemente, deu-se início ao enquadramento dos municípios nas formas de gestão: atualmente, dos 415 municípios, 151 estão enquadrados, sendo 147 na gestão incipiente e 4 na gestão parcial. Com apenas 36% dos seus municípios já envolvidos no processo, o estado vem registrando atraso na política de descentralização da saúde, quando comparado a outros estados do Nordeste e claramente aos do Sudeste e Sul, onde aquela proporção beira os 100%. Entre os municípios estudados, Salvador e Catú estão enquadrados em gestão parcial

e Cel. João Sá em gestão incipiente. Também a situação da educação fundamental e média revela o baixo envolvimento do estado com políticas de descentralização. Apesar de que a participação dos municípios na oferta de vagas e professores atinja a proporção de 45% no ensino fundamental, foi na rede estadual que se registrou o maior crescimento de matrículas e funções docentes, desde 1980, neste nível de ensino. No ensino médio a participação dos municípios não ultrapassa os 20%.

Nos últimos 6 anos, a estratégia estadual de investimentos em Saúde e Educação limitou-se a um programa de construção de prédios para unidades de saúde e escolas. Durante a gestão 91/94 foram construídas 169 unidades de saúde em todo o Estado, distribuídos entre Centros de Saúde, Postos de Saúde, Casas de Parto, Unidades Especiais e hospitais. A política de pessoal, ao contrário, foi restritiva, principalmente no interior.⁴⁴

Salvador. Capital do Estado, Salvador ocupa uma área total de 299 km², contando, em 1991, com uma população de 2,075,189 habitantes, praticamente toda urbana, 34% tendo menos que 15 anos. Concentrando as atividades comerciais e financeiras mais dinâmicas do estado, a cidade conheceu um desenvolvimento urbano acentuado no último período, com investimentos imobiliários importantes. Mas a informalização do mercado de trabalho, o desemprego explícito ou implícito e a incidência da pobreza caracterizam o município.⁴⁵ Embora 90% da população seja servida por água potável e cerca de 80% usufrua dos serviços de coleta de lixo, apenas 22% tem acesso ao esgotamento sanitário. Governada por uma frente de oposição ao governo do estado,⁴⁶ as estratégias de descentralização do município divergem da política estadual, o que se verificou recentemente na área de saúde. De fato, em fins de 1994, o município apresentou à Comissão de Intergestores Bipartite do Estado a sua proposta de descentralização de ações e serviços de saúde, solicitando seu enquadramento na gestão parcial, a qual foi imediatamente negada, o enquadramento se dando em gestão incipiente. Tendo recorrido ao Conselho Estadual de Saúde, foi finalmente classificado em gestão parcial em meados do ano seguinte, embora tal alteração não tenha ainda se concretizado. Entretanto, a política educacional não parece expressar um esforço descentralizante dos administradores municipais. Como se verá mais à frente, entre 1986 e 1991, houve redução da participação do município na oferta de ensino fundamental, enquanto a estadual aumentou sua participação.

Catú. O município de Catú situa-se na região petrolífera do Recôncavo Bahiano, sendo a extração do petróleo a sua principal atividade, seguida das atividades agrícolas tradicionais e de baixa produtividade. Cerca de 50% da PEA encontra-se no setor secundário, o restante distribuindo-se entre os setores agrícola, de serviços, comércio e transportes. Sua população, em 1991, era de 43,349 habitantes, 77% dos quais residentes na zona urbana. Em 1990, o município registrava 3,732 famílias indigentes, 33% do total das famílias, estimando-se que cerca de 74% dos chefes recebiam rendimentos até 1 salário mínimo aproximadamente (IPEA, 1993). Aproximadamente 86% dos domicílios urbanos (75% dos rurais) dispõem de serviços de água potável, mas apenas 47% (18% dos rurais) estão ligados à rede de esgotamento sanitário. A coleta de lixo é terceirizada e atende à zona urbana e rural. Administrado há mais de 7 anos pelo partido do governo estadual, o PFL, o município conheceu recentemente um processo de modernização administrativa e de ampliação de investimentos em infra-estrutura, situação em boa medida resultante do aumento das receitas municipais devido à sua partilha no novo imposto sobre a comercialização do petróleo. De fato, entre 1993 e 1995, a receita de impostos de Catú cresceu cerca de 16.3 vezes, passando de US\$1,215,399 para US\$19,893,364. A aprovação da Lei Orgânica do Município e a reforma administrativa da Prefeitura, criando as Secretarias de Saúde, Educação, Ação Social, Finanças e Infra-estrutura, criaram as condições, segundo os depoimentos colhidos, para que o governo municipal assumisse novas funções e avançasse no processo de municipalização da educação e da saúde, através de explícita política a respeito. Em relação à educação fundamental, o município - que se equilibra com

o Estado na oferta de ensino - já colabora em cerca de 40% com a manutenção das escolas estaduais e apresentou mesmo, ao governo do estado, uma proposta para a plena municipalização desse nível de ensino. Entretanto, o governo estadual não se manifestou ainda a respeito. O Fundo Municipal de Educação foi já aprovado pela Câmara Municipal, e sua implantação já foi iniciada.⁴⁷ Já em relação à saúde, o esforço de descentralização do município expressou-se no seu rápido enquadramento, em finais de 1994, em gestão parcial, a transferência das unidades estaduais de saúde tendo se realizado plenamente. A construção de um Hospital Municipal de 32 leitos foi a prioridade da atual administração, que se responsabilizou também pela contratação de pessoal e pelos gastos de manutenção.

Coronel João Sá. O pequeno município de Coronel João Sá, criado em 1962, localiza-se na região nordeste do estado, de clima semi-árido, vegetação pobre e pouca disponibilidade de recursos hídricos. Sobre uma estrutura de propriedade rural fortemente concentrada (1.5% dos estabelecimentos cobrem 47% da área) e a fragmentação dos minifúndios (50% dos estabelecimento cobrem apenas 18% da área), predominam aí atividades agro-pecuária de baixa produtividade, situadas à margem da economia de mercado. A ausência de tecnologia e de práticas adequadas ao meio que tem levado à destruição da vegetação nativa, expondo o solo à crescente desertificação. O cultivo do feijão, do milho e da mandioca constitui o peso maior da agricultura. Essa é a região mais pobre do estado da Bahia, aí se concentrando os municípios selecionados pelo Programa da Comunidade Solidária, entre os quais está Coronel João Sá. A insignificante arrecadação municipal reflete esta situação: o grau de dependência de recursos estaduais e principalmente federais por parte dos municípios da região é da ordem de 74.3%. Coronel João Sá conta com uma população de 17,133 habitantes (Censo de 1991), 82.6% da qual residente na zona rural. A população até 20 anos corresponde a 54% do total de habitantes. Os indicadores de pobreza são acentuados: estima-se que 2,000 famílias (56% do total) sejam indigentes e que 89% dos chefes de famílias tenham remuneração de até 1 salário mínimo. Esta situação explica-se pela inconstância da produção agropecuária que depende da variação climática, pela falta de trabalho assalariado e pela baixa remuneração na prestação de serviços. Sem contar com disponibilidade de reservatório de água tratada, apenas na atual administração municipal o município Coronel João Sá passou a servir-se de água proveniente do município vizinho (Adustina). Cerca de 80.6% dos domicílios urbanos não estão ligados à rede esgotamento sanitário. A Prefeitura tem sido dirigida historicamente pelo partido da situação estadual, o PFL. A última administração foi caracterizada pelos entrevistados como bastante ativa, pelas construções que conseguiu (Casa do Milho, a Lavanderia Pública, Sanitários Públicos, escolas de 1º grau e criação do 2º grau - Magistério, Centro de Saúde), pela doação de terrenos para habitação popular e pela distribuição de alimentos que, através dela, faz o Programa da Comunidade Solidária (2,000 Cestas Básicas por mês, em média).⁴⁸ As receitas municipais são muito modestas (US\$130,000/mês), 70% das quais são gastas com pessoal, 20% em medicamentos e 10% com combustível. Registram-se atrasos de 20 a 30 dias no pagamento de salários dos funcionários municipais. A educação fundamental e média é, em 90% dos estabelecimentos, de responsabilidade municipal. Do total de 118 professores apenas 4 são estaduais. A Prefeitura contrata e remunera não apenas os seus docentes, mas até alguns que lecionam nas escolas do estado. As melhoras e inovações institucionais registradas no período recente foram implementadas ou induzidas ou por iniciativa da Prefeitura ou e, principalmente, pelo apoio federal, através do Programa da Comunidade Solidária. A Secretaria Estadual de Educação se faz presente, é verdade, em programa de capacitação de professores (Projeto Escola) e de alfabetização de jovens.⁴⁹ O precário sistema local de saúde é totalmente municipalizado, o município estando enquadrado em gestão incipiente. Os equipamentos existentes foram construídos pelo estado e repassados à Prefeitura, nos 3 ou 4 últimos anos. A Prefeitura e o governo estadual partilham dos gastos com pessoal, a maior parte sob responsabilidade da primeira.⁵⁰ As despesas com saúde são desequilibradamente partilhadas pelo município e pelo SUS. Segundo as informações levantadas, enquanto a prefeitura despende entre US\$20 e US\$30 mil

mensais com transporte de enfermos e medicamentos, o município recebe US\$2,800 mensais do SUS pelos procedimentos realizados.

ii. Os municípios do estado de São Paulo: Campinas, Santos e Itaberá

Localizado na região Sudeste, o estado de São Paulo é o mais desenvolvido entre os que a integram. Seu PIB representava em 1985, 59.6% do regional e 35.4% do PIB nacional,⁵¹ contava, em 1991, com uma população de 31,588,925 habitantes, 92.8% da qual residente na zona urbana. A economia paulista é principalmente industrial, mas a agricultura moderna e tecnificada, assim como os serviços altamente desenvolvidos ocupam lugar de destaque. O estado ainda concentra grande parte da economia e da renda nacional,⁵² mas os últimos 15 anos registram recuo nessa posição,⁵³ perda relativa acompanhada por um movimento interno que deslocou o dinamismo econômico para o interior do Estado, facilitado pela infra-estrutura urbana e de serviços aí já desenvolvida, pela base industrial e de desenvolvimento tecnológico instalada e, finalmente, estimulada pelas economias do álcool e da laranja. Sediando também o capital financeiro nacional e as grandes empresas, a mudança relativa observada não retirou do Estado, porém, a sua característica de mais forte economia nacional, mas talvez por isso mesmo também a mais afetada pela recessão e pelas políticas de reestruturação em curso.

É alta a concentração da renda no estado, embora tenha diminuído relativamente: em 1988, com um PIB per cápita da ordem de US\$3,993 (para uma média brasileira de US\$2,241), o Coeficiente de Gini do estado era de 0.555 (nacional de 0.62). O Estado de São Paulo concentra 32% das famílias indigentes da Região Sudeste e 9.1% das famílias indigentes do Brasil, segundo estimativa de 1990 (IPEA, 1993). As finanças estaduais vêm demonstrando desequilíbrios muito fortes desde o início dos anos noventa, entrando em estado praticamente falimentar nos dois últimos anos, principalmente pela pressão dos juros sobre as dívidas do estado.

Por determinação da Constituição estadual, o gasto do estado com educação fundamental deve corresponder a 30% das receitas de impostos, mas em geral tem ultrapassado este patamar. O gasto com saúde, entretanto, representou em 1992, 9,6% do gasto total estadual.⁵⁴ Em educação fundamental, o estado participa em cerca de 70% da oferta pública, atendendo mais de 6 milhões de alunos e empregando cerca de 250 mil docentes. Até recentemente, nenhum avanço foi registrado em matéria de municipalização desse nível de ensino. No início de 1996, a municipalização foi iniciada experimentalmente em três municípios -Santos, Jundiá e Ilha Solteira- através de convênios que transferiram, ainda provisoriamente, equipamento e pessoal para a responsabilidade municipal. Outros 42 municípios integraram-se ao programa, posteriormente, prevendo-se uma aceleração do projeto de municipalização em 1997.

Desde a década de oitenta, entretanto, o estado deu início a várias formas e mecanismos de descentralização. Datam de 1984, por exemplo, a municipalização da merenda escolar e a ampliação da autonomia das escolas estaduais em matéria de recursos. Desde o final dos anos oitenta tiveram início, também, programas de transferência de recursos para unidades escolares, do tipo dos que, recentemente, o Ministério vem implementando, já descritos na seção III. Em 1996, as escolas, com participação de suas Associações de Pais e Mestres, responsabilizaram-se pela compra direta de material pedagógico e livros. Outra alteração significativa, no passado recente, foi a retirada total do estado em relação à oferta de educação pré-primária, processo que completou-se em 1996.

É histórica a resistência à municipalização por parte dos docentes estaduais paulistas, explicitamente por razões salariais e de benefícios corporativos. Apesar de alguns municípios grandes remunerarem seus docentes acima do patamar estadual que, de resto é muito baixo - cerca de

US\$280/mês como piso mínimo mensal - na maior parte dos municípios médios e pequenos a remuneração é menor e o emprego relativamente instável. Já a experiência paulista em matéria de descentralização da política de saúde é pioneira, no país, e bastante exitosa. Possuidor de uma rede de serviços bastante complexa e densa, o estado regionalizou-a entre 1994 e 1996. Em 1987, foi o primeiro estado a dar início ao SUDS, implementado aceleradamente até os primeiros anos dos noventa, já como SUS. Atualmente 646 municípios do estado já estão enquadrados nas várias modalidades de gestão, sendo que 7.7% estão enquadrados na gestão semi-plena e o restante nas gestões parcial e incipiente.⁵⁵

Campinas. Com características de região metropolitana, Campinas contava, em 1991, com 846,084 habitantes, 97% dos quais residentes na zona urbana. Pólo industrial do interior paulista, Campinas tem no setor de serviços e comércio o maior número de estabelecimentos econômicos e o maior número de empregos oferecidos, respectivamente, 67.4% e 46.4%. Apresenta a maior renda média do interior (7,06 salários mínimos por chefe de família) e renda familiar per cápita de R\$348. Mais de 40% dos ocupados recebem rendimentos correspondentes a, no máximo, 3 salários mínimos (NEPP, 1996). Entretanto, houve piora das condições de vida do município, em função da instabilidade econômica e dos efeitos do ajustamento sobre setores industriais mais tradicionais, como os localizados na região. Em 1994 foram classificados como miseráveis 7.4% da população e como pobres, 37.9%. O município é governado, desde 1993, pelo PSDB, partido dos atuais governos estadual e federal. Foi reduto opositorista durante o período militar, tendo sido administrada também pelo Partido dos Trabalhadores, por curto tempo, já que o prefeito eleito em 1988 trocou de partido. As duas últimas administrações enfrentaram dificuldades financeiras importantes, dado o grau de endividamento do município. As redes públicas municipais de educação e saúde, no município, são relativamente grandes e antigas, tendo já acumulado experiência institucional importante. O mesmo pode-se dizer a respeito de programas assistenciais dirigidos a grupos carentes.⁵⁶ A política de descentralização em educação e saúde refletiu sobretudo a descentralização administrativa da própria Prefeitura, ocorrida em 1993, que delegou muitas das funções para as 4 Secretarias de Administração Regional da cidade.

A política educacional vem se mantendo relativamente estável, quanto à descentralização, não se registrando no passado recente nenhuma alteração significativa. Ao contrário, no tocante à relação com a rede estadual de ensino fundamental, o município sempre tendeu a resistir à municipalização, sob o argumento da carência de recursos para assumir um volume três vezes maior de alunos que o atualmente atendido pelas escolas municipais. A única inovação registrada foi a de dotar as escolas municipais de maior autonomia financeira, através da criação de Caixas Escolares e instalação de Conselhos de Escola, mas a implementação da medida mal se iniciou. O município, com suas 36 escolas, responde por menos de 20% da oferta no ensino fundamental, enquanto o estado (64 escolas) participa com aproximadamente 65% e a rede particular, 15%. Já na pré-escola, é o município que responde pela oferta pública, dividindo com a oferta particular as matrículas totais nesse nível de ensino. Na área de saúde, o município de Campinas implementa desde 1988 a política de descentralização do SUS. Em 1994, o município foi enquadrado em gestão parcial, posição em que permaneceu até abril de 1996, quando passou para gestão semi-plena. Tal atraso em enquadramento mais autônomo parecia inexplicável, dados os recursos municipais, a forte capacidade instalada e a experiência institucional de Campinas em saúde. Segundo as entrevistas realizadas, deveu-se tanto ao temor da Prefeitura em assumir maiores responsabilidades na área, face à instabilidade das transferências federais para o SUS, quanto à resistência da Secretaria Estadual na redução dos seus recursos de poder. A única vantagem parece ter sido a de possibilitar melhor preparo e capacitação dos municípios para assumir as funções delegadas. Além das atividades rotineiras do SUS, o município desenvolve programas dirigidos a grupos especiais da população.⁵⁷

Santos. Com uma população de 430 mil habitantes, apenas 0.4% localizados na zona rural, o município de Santos tem três particularidades que definem o seu perfil sócio-econômico: é o maior e mais importante porto exportador brasileiro; sedia o pólo petroquímico do estado de São Paulo, concentrando-se ali as maiores e mais danosas empresas poluentes do país, conhecidas pelas deformações genéticas que causaram; é cidade balneária, de forte atividade turística, funcionando como capital regional da orla marítima próxima. Esta última característica se traduz por um aumento de mais de três vezes a sua população, durante os meses de verão. A renda média da população é relativamente alta, dada a presença, na cidade, de uma proporção relativamente alta de aposentados de classe média. A renda média dos chefes de família era de 6.8 salários mínimos, em 1991. Segundo o Mapa da Fome (IPEA, 1993), em 1990 o número de famílias indigentes, em Santos, era de 6,938. Apesar do pólo petroquímico e da forte atividade comercial, a economia santista entrou em estagnação, desde os anos 70, com reflexos acentuados sobre a qualidade de vida da cidade. Entretanto, provavelmente por virtudes administrativas e de gestão, vem experimentando um florescimento importante, nos últimos 8 anos, comprovado pelo sucesso da despoluição praticamente completa das suas praias; pelo avanço do controle da AIDS; pelo controle da desnutrição infantil⁵⁸ (programa exemplar selecionado para ser apresentado, juntamente com 11 outros, no Habitat 2) e por outros programas municipais inovadores que vem implementando. Parte ponderável do sucesso obtido provavelmente se deve à continuidade administrativa do partido do Prefeito, o Partido dos Trabalhadores, que garantiu a permanência e o avanço dos programas citados. A maior disponibilidade de recursos, depois de 1988, e a retomada do turismo, também concorreram para a melhora observada.

A política municipal tem sido, nas sucessivas gestões petistas, francamente pró-descentralização, tanto no plano da administração interna -dada a significativa autonomia das Secretarias Municipais na gestão das respectivas áreas- quanto em relação às redes estaduais. Bom exemplo pode ser dado pela política educacional, que se mostrou pioneira, no estado, quando a prefeitura firmou, no início de 1996, o convênio de municipalização da rede de ensino de primeiro grau, passando a assumir a responsabilidade plena da gestão, incluindo pessoal, de 10 escolas estaduais. O convênio somente não se estendeu ao conjunto das unidades estaduais por resistência dos delegados estaduais de ensino localizados em Santos. O município já contava com rede própria de educação (infantil, fundamental e secundária) relativamente grande. Sua participação na oferta de ensino fundamental era de aproximadamente 30%, enquanto o estado e a rede privada respondiam por 40% e 30%, respectivamente. A descentralização da política de saúde apoiou-se também na decisão política dos administradores municipais. O município estava enquadrado em gestão incipiente, quando a Prefeitura solicitou alteração diretamente para gestão-semiplena, o que ocorreu em 1994.⁵⁹ A gestão do sistema local de saúde é reconhecidamente competente e inovadora, em Santos, tendo o município implementado e descentralizado nas regionais da cidade diferentes programas integrados de atendimento aos vários grupos etários e às distintas carências da população.⁶⁰

Itaberá. O pequeno município de Itaberá conta com uma população de 18 mil habitantes, 50% da qual residindo na zona rural. A economia da região onde se localiza -Sudoeste do Estado de São Paulo- depende principalmente das atividades agrícolas, bastante modestas em razão de terra pouco fértil e de uma estrutura fundiária muito concentrada. É considerada mesmo uma das mais pobres do estado, conhecida como "Somália Brasileira" ou "ramal da fome", em razão dos altos índices de pobreza que ali prevalecem. Itaberá esteve entre os 12 municípios do estado selecionados na primeira etapa do Programa Comunidade Solidária, já que apresenta um alta taxa de incidência da pobreza: 1,018 famílias indigentes. A renda média por chefe de família era de cerca de 2.5 salários mínimos, em 1991. Prefeito municipal pertence ao PMDB, partido que governou o estado entre 1987 e 1994, hoje na oposição ao governo estadual.⁶¹ É totalmente centralizada nesta autoridade a gestão dos programas sociais, assim como o processo político de negociação da

descentralização com as instâncias estaduais e federais. Os cargos de secretários das áreas estão relativamente ausentes do processo, atuando mais como gerentes dos equipamentos.⁶² Como é típico das pequenas cidades do interior, a ação do Prefeito é principalmente distributiva e assistencial.⁶³ Poucas ou nulas são as iniciativas para avançar a descentralização em saúde e educação, a autoridade municipal mostrando-se cética a respeito. No caso de saúde, a Prefeitura resiste a solicitar mudança no enquadramento do município em gestão incipiente, por temer descontinuidades nas transferências de recursos. No caso da educação fundamental, o município não oferece este nível de ensino, atendido totalmente pela rede estadual. De um lado, a Prefeitura não se dispõe a reverter esse quadro, de outro os funcionários e docentes estaduais resistem à municipalização.⁶⁴

A ação municipal em educação, portanto, se dá no nível pré-escolar; em transporte e alimentação para o ensino fundamental (com recursos federais e estaduais) e, surpreendentemente, no ensino superior: a Prefeitura oferece bolsa de estudos para alunos de nível superior que estudam em municípios vizinhos.⁶⁵ A ação municipal na saúde restringe-se à atividade ambulatorial, ao transporte de enfermos para cidades próximas e à distribuição de medicamentos recebidos do governo estadual.⁶⁶ Através do apoio federal (Comunidade Solidária), o município conta com cestas básicas distribuídas às famílias pobres; leite para crianças desnutridas e o Agente de Saúde. Recentemente, a Prefeitura procurou auxílio da Secretaria Estadual de Saúde para municipalizar um hospital filantrópico atuante na cidade, sem sucesso.⁶⁷

2. A Avaliação dos resultados

Este capítulo examina os principais indicadores de desempenho dos serviços de educação e de saúde nos municípios selecionados e que, de algum modo podem ser relacionados com os processos de descentralização que vêm tendo curso naquelas áreas de política. Na parte 1, ao examinarmos as características da descentralização fiscal recente no Brasil, chamamos a atenção para o seu mais palpável e reconhecido resultado, qual seja, o reforço das finanças municipais e dos graus de autonomia do municípios brasileiros em relação aos níveis estaduais e federal de governos. Vimos também, entre as dimensões dessa autonomia, a tendencialmente forte capacidade municipal de fixação autônoma das próprias despesas, em face aos recursos disponíveis (equilíbrio vertical), mesmo quando acentuadamente dependentes dos recursos transferidos pelos outros entes federados. Finalmente, chamamos a atenção para o fato de que, nos anos recentes, os impactos da estabilização e as pressões por ajustamento fiscal enrijeceram a disponibilidade financeira de estados e municípios.⁶⁸ Ora, se é essa a base sobre a qual se apoiam as políticas e os processos setoriais de descentralização, interessa-nos verificar, mesmo nos aspectos mais gerais, o comportamento dessas variáveis fiscais e financeiras no caso dos municípios selecionados.

a) *Municípios selecionados: indicadores de autonomia e dependência fiscal*

A tabela 17 registra a o comportamento das receitas municipais de quatro dos seis municípios selecionados.⁶⁹ Pode-se aí verificar que, com exceção de Itaberá, os outros três apresentam um padrão relativamente semelhante no que diz respeito aos seus relativamente modestos graus de dependência em relação às transferências federais e estaduais. Já em Itaberá, as receitas próprias mal ultrapassam 5% das suas receitas totais, este município dependendo fortemente das transferências tanto estaduais quanto federais. É mais nítida a situação descrita na tabela-resumo 18, onde também Catú revela um grau de dependência tão forte quanto o de Itaberá. O crescimento da participação percentual dos gastos com educação e saúde parece ser regra, entre os cinco municípios, como se pode verificar pela tabela 19. Aí também se registra uma redução relativa da participação das despesas com administração e planejamento em Campinas e Santos, contrariamente ao que se verifica nos outros três municípios. Entretanto, os gastos com pessoal de educação e saúde, em Salvador,

estão contabilizados naquela rubrica, o que pode explicar tanto seu crescimento como a restrita participação das despesas das referidas áreas na despesa total. O maior ou menor grau de autonomia financeira dos municípios não parece guardar relação próxima com o comportamento dos gastos com saúde e educação, já que estes últimos mostraram sistemática tendência à alta em municípios de diferentes graus de autonomia. É de se perguntar em que medida os distintos graus de dependência fiscal (em relação às transferências) e, mais ainda, a tendência de crescimento do gasto com educação e saúde, refletem-se na provisão desses serviços.

Tabela 17
MUNICÍPIOS SELECIONADOS: COMPOSIÇÃO DA RECEITA ORÇAMENTÁRIA
1985, 1990 e 1995

	Campinas			Santos			Itaberá			Salvador		
	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995
ORÇAMENTÁRIA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
Rec Tributária	28.4	27.4	31.4	50.7	27.9	47.8	4.3	5.8	5.4	-	28.3	42.1
Impostos	22.5	26.3	28.5	33.0	24.5	38.7	1.6	3.4	3.7	-	-	40.1
Taxas	5.8	1.1	2.9	17.6	3.4	9.2	1.3	0.6	0.5	-	-	1.9
Serviços	0.1	0.1	0.1	0.0	-	0.0	1.7	1.7	1.1	-	-	-
Trans Gov Estado	36.6	58.1	43.1	29.8	37.2	28.7	25.1	26.9	45.9	-	-	34.4
Impostos	35.5	55.7	42.8	29.8	36.9	28.6	20.8	25.6	42.7	-	-	33.7
Taxas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Convênios	1.15	2.4	0.3	-	0.3	0.2	4.4	1.3	3.2	-	-	0.8
Transf Gov Federal	6.4	5.9	6.1	8.2	9.3	16.2	37.1	50.9	41.1	-	-	16.6
Impostos	5.4	5.7	5.1	8.2	6.8	4.8	37.1	37.8	36.3	-	-	16.6
Taxas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Convênios	0.9	0.2	0.9	-	2.5	11.4	-	13.1	4.7	-	-	0.0

Fonte: Balanços Municipais. NEPP/UNICAMP.

b) *Municípios selecionados: O estágio atual da provisão*

As tendências gerais da composição da oferta de educação fundamental e média e de saúde, apontadas para o país e regiões nos capítulos anteriores, mostraram-se também presentes nos municípios selecionados, com pequenas exceções. O quadro 5 apresenta os indicadores básicos da provisão destes serviços nos seis municípios e nos seus correspondentes estados. Verifica-se em primeiro lugar, a forte predominância da oferta pública na educação fundamental, principalmente nos municípios menores, onde se acerca dos 100%. As diferenças regionais entretanto, revelam-se acentuadas quando se examina a participação da rede municipal na oferta pública: enquanto é de praticamente 100% no pequeno município bahiano (Cel. João Sá), é incompreensivelmente nula no pequeno município paulista (Itaberá), que não oferece nenhuma classe de educação fundamental nem dispõe de rede educacional. A mesma tendência se verifica nos municípios médios, ainda que aí se equilibrem melhor as participações estaduais (cerca de 50% em Catú) e municipais (cerca de 25% em Santos). Já nos municípios de Salvador e Campinas, a predominância da rede estadual provavelmente está associada a dificuldades da sua localização em densas regiões metropolitanas, que expressam com intensidade e complexidade demandas sociais que vão muito além da educação. Ainda assim, surpreende a diminuta dimensão das respectivas redes municipais de educação básica. Por sua vez, a oferta educacional de ensino médio mostra uma vocação pública e estadual desse nível, como aliás já mostravam as informações nacionais e regionais (quadro 4). Apesar da excepcionalidade da situação de Coronel João Sá, onde a Prefeitura inaugurou em 1996 uma escola de 2º grau - Magistério, esta pesquisa não detectou nenhuma tendência significativa à municipalização nesse segmento da provisão. Ao contrário: em Santos, a municipalização das escolas estaduais envolveu apenas as primeiras 4 séries (das 8) e a contrapartida da Secretaria Estadual em ampliar suas vagas de 2º grau.

Tabela 18
MUNICÍPIOS SELECIONADOS. DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES: 1985, 1990 e 1995

	Campinas			Santos			Itaberá			Ssalvador			Catú		
	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995
Recursos Correntes	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rec. Tributária	37.9	27.1	32.3	52.1	35.5	48.5	5.8	6.2	5.5	-	32.3	44.1	-	-	5.7
Rec. Patrimonial	4.7	4.4	3.9	4.8	3.3	2.6	8.8	9.1	0.1	-	3.3	0.3	-	-	1.4
Rec. Serviços	-	-	-	-	-	-	1.1	0.1	0.1	-	-	0.1	-	-	-
Transferências	52.1	65.1	50.6	38.8	59.2	45.7	83.1	82.7	91.2	-	62.3	53.3	-	-	91.9
Outras	5.3	2.7	13.3	4.3	2.0	3.2	1.2	2.1	3.3	-	2.1	2.2	-	-	0.9

Fonte: Balanços Municipais. NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 19
MUNICÍPIOS SELECIONADOS. COMPOSIÇÃO DA RECEITA ORÇAMENTÁRIA POR PROGRAMAS 1985, 1990 e 1995

	Campinas			Santos			Itaberá			Salvador			Catú		
	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995	1985	1990	1995
Orçamentária	85	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Legislativo	1.9	3.0	3.8	4.0	9.1	5.8	1.1	2.6	5.5	-	6.7	4.9	-	-	6.5
Judiciário	-	-	0.1	-	0.6	2.8	-	-	-	-	0.7	1.4	-	-	1.9
Adm e Planejamento	54.3	28.2	22.3	36.5	37.6	23.9	11.4	16.0	29.2	-	23.6	40.5	-	-	21.9
Def Nac e Seg Pública	0.1	0.2	0.30	-	0.1	0.1	-	0.1	-	-	-	0.1	-	-	-
Educação e Cultura	15.8	22.7	23.3	9.7	13.5	15.6	28.7	33.2	23.5	-	9.1	12.7	-	-	27.2
Habituação e Urban	7.4	16.9	15.7	20.7	12.2	10.5	38.9	8.9	8.8	-	28.1	22.1	-	-	17.2
Ind.Com e Serviços	0.2	0.2	0.2	1.2	0.3	0.9	0.4	-	-	-	1.1	3.3	-	-	-
Relações Externas	-	-	-	-	-	28.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde e Saneamento	3.4	15.7	18.0	8.9	9.5	10.9	15.3	25.5	18.4	-	2.7	4.4	-	-	20.5
Assist e Previdência	7.2	9.5	8.8	17.8	14.6	0.7	-	3.2	6.8	-	12.5	1.0	-	-	3.7
Transporte	9.8	3.6	7.4	1.1	0.7	0.1	-	9.4	5.6	-	13.1	3.9	-	-	0.3
Des Regional	-	-	-	-	-	0.2	-	-	-	-	0.6	0.1	-	-	-
Agricultura	0.1	-	-	0.1	1.4	-	0.3	1.2	1.6	-	1.8	2.6	-	-	-
Comunicações	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.1	-	-	-
Energia e Rec Minerais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.8	-	-	0.7
Turismo	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-	-	-	-	-	-
Trabalho	-	-	-	0.1	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabinete do Prefeito	-	-	-	-	-	-	3.9	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Balanços Municipais. NEPP/UNICAMP, 1996.

Quadro 5
EDUCAÇÃO E SAÚDE: INDICADORES BÁSICOS DE PROVISÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS
Estados e municípios selecionados

Indicadores básicos	Estado SP	Campinas	Santos	Itaberá	Estado BA	Salvador	Catu	Cel. 1º Sã
População	31.588.925(91)	878.690(91)	419.477(91)	18.160(91)	11.867.991(91)	2.075.273(91)	44.196(91)	18.066(91)
PIB p/c (US\$ médio 95 - IGP-)	5.301.1(93)	6.212.0(93)	4.217.8(93)	1.539.9(93)	3.020.8(93)	1.518.4(93)	-	-
Indicadores de provisão e qualidade de serviços								
1 - Educação								
• N. Alunos								
Ensino Fund. Total	6.165.157(94)	159.053(92)	74.264(92)	2.223(92)	2.466.053(94)	371.938(91)	13.928(94)	4.074(96)
Público	88.2%	83.8%	69.5%	100%	92.3%	82.6%	89.5%	100%
Alunos da Rede Municipal	-	25.971(95)	19.782(95)	0	-	70.928(95)	6.093(95)	2.894
Ensino Médio Total	1.612.062(94)	34.449(92)	23.384(92)	380(92)	230.274(94)	74.812(91)	-	69(96)
Público	80.2%	73.1%	65.8%	100%	80.8%	84.5%	-	-
Alunos da Rede Municipal	-	0	766(92)	0	-	-	-	-
Est. Ensino Fundamental Total	9.587(94)	209(92)	112(92)	9(92)	25.416(94)	1.035(91)	99(91)	45(91)
Público	83.8%	82.8%	46.4%	100%	95.0%	60.8%	74.7%	100%
Estab. da Rede Municipal	-	35(92)	30(96)	0	-	183(93)	-	41(96)
Estab. Municipalizados	-	-	10(96)	0	-	-	-	-
• Número de Docentes								
Ensino Fundamental Total	260.195(94)	7.470(92)	3.627(92)	140(92)	101.198(94)	13.288(91)	-	118(96)
Público	85.9%	83.3%	62.6%	100%	88.5%	80.5%	-	100%
Da Rede Municipal	-	2.585(95)	2.260*(6)	0	-	2.209**(93)	143(93)	114***(96)
Docentes Ensino Médio Total	66.733(94)	1.980(92)	1.558(92)	21(92)	15.646(94)	3.208(91)	-	-
Público	69.2%	67.1%	53.4%	100%	74.3%	81.5%	-	-
Classes do Ensino Fundamental	198.060(94)	5.007	2.253(92)	-	-	-	-	-
Público	87.7%	83.6%	63.6%	98 classes	-	-	-	-
2 - SAÚDE								
• Gastos Primários p/c (US\$)	117.108(95)	87.2(95)	173.4(95)	63.3(95)	-	-	59.2(95)	-
Nº de leitos	(21.4%)	3.105(95)	1.920(95)	45(95)	26.372(95)	8.579(95)	56(94)	0(92)
Públicos	8.877(94)	(19.4%)	(15.6%)	(0%)	(31.5%)	(35.7%)	(57.1%)	(0%)
• Estabelecimentos de Saúde	37.8%	322(92)	197(92)	17(95)	3.080(92)	356(92)	11(95)	3(96)
Público	91.270(92)	-	-	94.1%	68.3%	32.8%	100%	100%
Nº de Médicos	15.444(92)	4.244(92)	2.718(92)	17(92)	13.819(92)	6.161(92)	44(92)	1
Nº de Enfermeiros	-	901(92)	580(92)	-	-	-	42(92)	-
Salários	-	2.312.1(95)	2.420.4(95)	-	-	1.150.57(95)	-	1.559.4(95)
Médico (US\$ 95)	-	1.533.2(95)	1.097.7(95)	-	-	717.0(95)	-	202.7(95)
Enfermeiros (US\$ 95)	-	-	-	-	-	-	-	-

Fontes: Para os indicadores Básicos: IBGE; Para Educação: MEC, 1995 e Secretarias Municipais de Educação; e Para Saúde: AMS, 1992; DATASUS, 1995 e Secretarias Municipais de Saúde. NEPP/UNICAMP, 1996

Bastante expressivas, na provisão de saúde, são as desigualdades da capacidade instalada, considerando estabelecimentos, leitos e número de médicos. Para os municípios, o que já se registrava no quadro 4, estar localizado em uma ou outra região -Sudeste ou Nordeste- faz toda a diferença. Entre os seis municípios selecionados, são acentuadamente mais fortes as insuficiências nos três municípios da região Nordeste, mesmo quando sabidamente seu estado, a Bahia, apresenta os melhores indicadores entre os estados daquela região. Resta verificar em que medida a descentralização pode ser relacionada com melhora nos indicadores de eficiência e equidade, inclusive a regional, na provisão dos serviços.

c) *Descentralização, eficiência e equidade*

Nos seis municípios selecionados, a maior autonomia dos gestores escolares, assim como das autoridades municipais envolvidas com a prestação de assistência médico-sanitária foram evidências registradas por essa pesquisa, confirmando tendências já assinaladas em outros estudos (NEPP, 1991; NEPP, 1996; COHN, 1994). Também foram recolhidas e identificadas diversas manifestações de maior satisfação dos usuários, assim como da tendência ao aumento da participação social nos programas descentralizados. Matéria bem mais complexa é examinar em que medida àqueles resultados associam-se também indicadores de aumento da eficiência e de equidade da prestação dos serviços de educação e saúde. Os quadros 6 e 7, que apresentamos a seguir, registram respectivamente para educação e saúde os principais indicadores de eficiência social e técnica que podem ser correlacionados com os processos de descentralização. Mais à frente, apresentamos alguns indicadores de equidade, considerada sob a ótica da descentralização e dos seus efeitos sobre as diferenças regionais.

As informações disponíveis impõem um forte limite ao tratamento da questão, já que não permitem comparar o comportamento dos indicadores antes e depois da descentralização, como seria adequado, salvo nas poucas exceções que serão comentadas. Ao não dispor de séries históricas para cada município torna-se impossível construir um cenário ex-ante com o qual os indicadores mais recentes -"posteriores" à descentralização, possam ser confrontados. Ainda assim, a sistematização dos dados possibilita identificar e comparar, nos municípios e entre eles, as configurações mais expressivas que assumem certos indicadores de curto prazo relacionados à estrutura, eficácia e equidade e que, em certa medida, guardam relação com os novos formatos e práticas descentralizadas dos programas.

i. *Descentralização e eficiência social*

O segmento superior dos quadros 6 e 7 registram inegáveis impactos positivos da descentralização sobre a eficiência social das políticas de saúde e de educação.

A Política Educacional. Considere-se, em primeiro lugar, a política educacional (quadro 6). Com exceção de Salvador, para o qual não se tem informação, a maior satisfação dos usuários da educação (alunos e/ou pais) foi verificada em todos os casos, quando afirmaram ter havido melhora no atendimento. A pesquisa não dispõe de informações desagregadas para estimar isoladamente os fatores considerados pelos entrevistados, mas pode-se inferir que esteve em julgamento menos a qualidade do ensino administrado, antes as novas características dos equipamentos e materiais escolares. A presença da TV e dos vídeos foi referência constante, mas também a mais ágil distribuição de livros, possibilitada pela descentralização recente do programa.

Diretores escolares registram satisfação com a maior disponibilidade de recursos financeiros e com a maior autonomia, de que passaram a dispor para gastá-los, mas em geral demandaram maior

liberdade para adequar os recursos às prioridades das escolas. A referência genérica foi ao Programa de Manutenção do MEC/FNDE, embora no caso das escolas estaduais de São Paulo tenha havido também referência aos programas específicos do estado. Estas escolas, aliás quando comparadas às escolas municipais das mesmas cidades ou às escolas dos municípios da Bahia, revelaram ter enfrentado menores dificuldades nos procedimentos de gasto e prestação de contas - constantemente apontadas - já que contavam com experiência anterior e sistema mais sofisticado de capacitação e apoio.

Na opinião dos entrevistados -e não no funcionamento efetivo, não avaliado pela investigação- os novos canais de participação de usuários e da comunidade local constituem positivos efeitos da descentralização. Em outras palavras, a descentralização vem efetivamente sendo acompanhada e simultaneamente reforça formas participativas tais como as Associações de Pais e Mestres e, em menor medida, os Conselhos Escolares. Formas inovadoras de seleção do diretor, através de eleições, foram mais raramente encontradas. Muito ausente, até agora, parece ser o Conselho Municipal de Educação: se em Santos e Catú estes Conselhos revelaram-se atuantes, não funcionam entretanto em Campinas, Salvador e Coronel João Sá,⁷⁰ existindo apenas formalmente em Itaberá. Em alguma medida, é paradoxal a avaliação do impacto da descentralização da educação sobre o grau de autonomia municipal e da comunidade escolar. Rigorosamente falando, apenas em Santos verificou-se uma efetiva transferência de poder do estado para a Prefeitura através do convênio de municipalização das 10 escolas de 1^a à 4^a série.⁷¹ Por outro lado, sob graus e formas distintas, houve em todas as escolas dos seis municípios - municipais e estaduais - um aumento da autonomia da direção escolar conjuntamente com sua respectiva Associação de Pais e Mestres, através da transferência de recursos do MEC/FNDE. Entretanto, a maior autonomia de gasto não afeta outras esferas de decisão, tais como contratação de pessoal, currículo etc. Porém, como sublinharam alguns diretores e professores entrevistados, os novos programas aumentaram as suas possibilidades de introduzir inovações e medidas adequadas às necessidades das suas escolas e dos seus alunos. A descentralização do transporte escolar, totalmente municipalizado, foi também considerada um mecanismo de reforço da autonomia e das funções das Prefeituras Municipais.⁷²

Vale ainda registrar mecanismos não formais de ampliação do arbítrio municipal sobre a rede de ensino. Onde a merenda escolar está bem descentralizada,⁷³ as Prefeituras já participam do programa, contratando por sua conta o pessoal que a processa nas escolas, municipais e estaduais (a merendeira) e, em alguns casos, como Campinas, reforçando enormemente, com recursos próprios, o cardápio. Verificou-se também que as prefeituras municipais têm contratado professores para escolas estaduais, menos por uma política deliberada de descentralização ou partilha entre esses níveis de governo, antes em reação ao mau atendimento do estado. Assim se verificou em Cel. João Sá e em Catú, na Bahia.

Quadro 6
EDUCAÇÃO: INDICADORES DE EFICIÊNCIA - ESTADOS E MUNICÍPIOS SELECIONADOS

	Estado SP	Campanhas	Santos	Itaberá	Estado BA	Salvador	Catú	Cel. J. S4
1. Indicadores de Eficiência Social								
Satisfação do usuário em relação a educação de seus filhos?	-	Sim	Sim	Sim	-	-	SIM	SIM
Satisfação dos diretores de escola / a educação de seus alunos?	-	SIM	SIM	SIM	-	-	SIM	SIM
Canais de participação para as famílias no processo educativo?	-	APM/CE	Cons. Munic	APM	-	-	Cons. Munic	-
Existe mais autonomia :	-	Não	-	Não	-	Não	Não	Sim/Pref.
• contratação de pessoal	-	Sim/Escola	Sim/Pref.	Não	-	Não	Não	Sim./Pref.
• elaboração de currículo	-	Não	Sim/Pref.	Não	-	Não	Não	Não
• jornada	-	Sim/Escola	Sim/Pref.	Sim/Escola	-	Sim/Escola	Sim/Escola	Sim/Escola
• gastos	-	Sim/Escola	Sim/Escola	Sim/Escola	-	Sim/Escola	Sim/Escola	Sim/Escola
• inovações	-	Não	Sim/Pref.	Sim/Escola	-	-	Sim	Sim/Pref.
2. Indicadores de Eficiência Técnica								
2.1. Resultados								
Taxa de Repetência:								
Ensino Fundamental	12.9% (92)	16.5% (92)	12.6% (92)	12.5% (92)	-	39.3% (92)	19,24%* (95)	-
• Público	-	-	-	-	-	-	-	-
• Privado	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensino Médio	9.3% (92)	10.7% (92)	11.6% (92)	5.9% (92)	-	-	-	-
• Público	-	-	-	-	-	-	-	-
• Privado	-	-	-	-	-	-	-	-
Taxa de evasão	9.5% (92)	9.2% (92)	9.0% (92)	14.9% (92)	-	12.4% (92)	13.3%* (95)	-
Ensino Fundamental	-	-	-	-	-	-	-	-
• Público	-	-	-	-	-	-	-	-
• Privado	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensino Médio	20.6% (92)	20.7% (92)	18.8% (92)	28.1% (92)	-	-	-	-
• Público	-	-	-	-	-	-	-	-
• Privado	-	-	-	-	-	-	-	-
Taxa de alfabetização	86.4% (91)	88.9% (91)	92.1% (91)	80.5% (91)	58.6% (91)	84.2% (91)	72.1% (91)	19.1% (91)
Taxa de Analfabetismo	13.6 (91)	11,1 (91)	7.9 (91)	19.6 (91)	41,4(91)	15.8 (91)	27.9 (91)	80.9 (91)
2.2. Estrutura								
Gasto por aluno da rede municipal(US\$)	-	2.313,9 (95)	1.455,7 (95)	497,2 (95)	-	709,7 (95)	729,7 (95)	180,0
Salário Médio (US\$ de 95)	248,0 (96/20h)	899,8 (96/40h)	509,0	-	-	254,2 (95)	200,0	-
Alunos por Docentes								
Ensino Fundamental	23,6 (94)	21,3 (92)	20,5 (92)	15,9 (92)	24,3 (94)	28,1 (91)	27,5 (93)	34,5 (96)
• Público	24,3 (94)	21,4 (92)	22,7 (92)	15,9 (92)	25,4(94)	28,7 (91)	28,4 (93)	34,5 (96)
• Privado	18,3 (94)	20,6 (92)	16,7 (92)	0 (92)	16,7 (94)	25,0 (91)	20,5 (93)	0 (96)
Ensino Médio	24,1 (94)	17,4 (92)	15,0 (92)	18,1 (92)	14,7 (94)	23,3 (91)	-	-
• Público	27,9 (94)	19,0 (92)	18,5 (92)	18,1 (92)	16,0 (94)	24,2 (91)	-	-
• Privado	15,5 (94)	14,2 (92)	11,0 (92)	0 (92)	11,0(94)	19,5 (91)	-	-
Matrícula Inicial	6,165,157 (94)	159,053 (92)	74,264 (92)	2,223 (92)	2,466,053	371,938 (91)	13,928 (94)	4,074 (96)

Fone: Indicadores de Eficiência Social: Entrevistas e IBGE, 1991; Indicadores de Eficiência Técnica: Entrevistas, MEC, 1995; Secretarias Municipais de Educação. NEPP/JUNICAMP, 1996

Quadro 7
SAÚDE: INDICADORES DE EFICIÊNCIA - ESTADOS E MUNICÍPIOS SELECIONADOS

	Estado SP	Campinas	Santos	Itaberá	Estado BA	Salvador	Catú	Cel 1º Sd
1 INDICADORES DE EFICIÊNCIA SOCIAL								
Satisfação do usuário em relação a qualidade do sistema de saúde	-	SIM	SIM	SIM	-	SIM	SIM	SIM
Satisfação dos diretores de hospital ou PS / condições de trabalho	-	SIM	SIM	NAO	-	SIM	SIM	-
Novos canais de participação dos usuários	-	Cons Municipal semi-plena	Cons Municipal semi-plena	NAO	-	Cons Municipal parcial	Cons Municipal parcial	incipiente
Modelo de Gestão em que está enquadrado	-	-	-	não enquadrado	-	-	-	-
Existe mais autonomia:								
• contratação de pessoal	-	SIM	SIM	NAO	-	SIM	SIM	NAO
• elaboração de programas	-	SIM	SIM	NAO	-	SIM	SIM	SIM
• gasto	-	SIM	SIM	NAO	-	NAO	SIM	NAO
• inovações de hospitais ou PS	-	SIM	SIM	SIM	-	SIM	SIM	SIM
2 INDICADORES DE EFICIÊNCIA TÉCNICA								
2.1. RESULTADOS								
Coefficiente de Mortalidade Geral por 1000 hab	6.9 (94)	6.2 (94)	9.1 (94)	7.4 (94)	4.6 (94)	5.6 (93)	5.6 (93)	2.5 (93)
Coefficiente de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	27.1 (93)	17.1 (95)	24.6 (95)	43.8 (94)	-	25 (93)	27.4 (93)	-
Número de consultas no SUS	276,743,462 (95)	-	-	-	56,314,614 (95)	-	-	-
2.2. ESTRUTURA								
Gastos Primários em Saúde p/c (US\$ médio 95 - IGP/DI)	-	87.2 (95)	173.4 (95)	63.3 (95)	-	-	59.3 (95)	-
Estabelecimentos de Saúde por 1.000 hab	0.3 (94)	0.4 (92)	0.5 (92)	0.9 (95)	0.2 (92)	0.2 (92)	0.3 (95)	0.2 (96)
• Público	37.8 %	-	-	94.1 %	68.3 %	32.9 %	100 %	100 %
Leitos por 1.000 hab	3.7 (92)	3.5 (92)	4.6 (92)	2.5 (92)	2.2 (92)	4.1 (92)	1.3 (92)	0 (92)
Médico por 1.000 hab	1.9 (93)	4.1 (93)	4.6 (93)	1 (92)	1.2 (92)	2.9 (92)	1 (92)	-
Enfermeiros por Médicos	0.3 (93)	0.3 (93)	0.3 (93)	-	-	-	0.9 (93)	-
Salários (em US\$ de 1995)	-	-	-	-	-	-	-	-
• Médico	-	2,312.1 (95)	2,420.4 (95)	-	-	1,150.6 (95)	-	1,559.4 (95)
• Enfermeiros	-	1,553.2 (95)	1,097.7 (95)	-	-	717.0 (95)	-	202.7 (95)

Fontes: Indicadores de eficiência social: Entrevistas; Indicadores de Eficiência Técnica: AMS, 1992; DATASUS, 1993 e 1995; Secretaria Municipal de Saúde, 1995
NEPP/UNICAMP, 1996

A Política de Saúde. A avaliação tende a ser diferente, quando se consideram os impactos da descentralização da saúde. É certo que, em relação à satisfação dos usuários, ainda que tenha sido detectada uma genérica reclamação quanto a demoras, é quase unânime o reconhecimento de que houve melhoras na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde.⁷⁴ Deve-se registrar, entretanto, que quase sempre a avaliação positiva sobre a melhora do atendimento não significa nem se estende para o sistema de saúde como um todo. Por outro lado, a avaliação positiva pode estar sendo referida a apenas um segmento do sistema, como é o caso do que está sob a direção municipal, em Salvador.

Menos homoganeamente, os diretores de serviços registraram maior satisfação em Campinas, Santos e Catú, diferentemente de Itaberá - onde não perceberam melhora - e de Coronel João Sá, já que aí não há nem mesmo médico residente. As opiniões tendem a variar segundo as modalidades de gestão: nas mais autônomas -parcial e semi-plena- a satisfação é mais explícita, ao contrário da gestão incipiente, cujos gestores manifestaram insatisfação com a precariedade do atendimento e com a própria posição de "meros prestadores" de serviços.

Mais decisivamente que na educação, a descentralização da saúde efetivamente definiu e vem implementado novos espaços e canais de participação social e de usuários. Entre os 6 municípios estudados, apenas nos dois pequenos não foram detectados Conselhos de Saúde, já que em Itaberá ele existe apenas formalmente e em Cel. João Sá não existe ainda. Nos municípios grandes e médios, os Conselhos já se constituem em engrenagem importante da política de saúde.⁷⁵

A descentralização da saúde -e com certa independência do tipo de enquadramento SUS- vem se traduzindo, com bastante clareza, na maior autonomia da Prefeitura Municipal para contratar, elaborar programas, definir jornadas de trabalho, realizar gastos e introduzir inovações: todos os municípios de São Paulo e Catú, na Bahia registram tal situação.⁷⁶ Em todos os municípios, inclusive nos de gestão incipiente, o envolvimento da Prefeitura com a prestação da assistência médico- sanitária revelou-se mais significativo que no passado.

ii. Descentralização e eficiência técnica

Os indicadores clássicos de desempenho (ou resultado) em saúde e educação, apresentam melhoras nos municípios estudados. Há evidências, ainda que pouco sistemáticas e nem sempre localizadas para todos os municípios, de que as médias são, em geral, melhores que as correspondentes a períodos anteriores. Os poucos indicadores que permitem comparações também o comprovam (tabela 20). Tal melhora corresponde aproximadamente à verificada em termos nacionais e regionais, sendo relativamente difícil atribuí-la apenas ou principalmente à descentralização das políticas nos municípios selecionados. Isso porque, além do comportamento incremental do gasto, no período recente foram implementados, com maior ou menor sucesso, incontáveis programas federais, estaduais e municipais objetivando explicitamente a redução das taxas de evasão e repetência, na escola,⁷⁷ ou mortalidade infantil.⁷⁸ Desse modo, torna-se praticamente impossível "isolar" as variáveis relacionadas com a descentralização, de modo a correlacioná-las com o desempenho dos sistemas.

Quadro 8
EFICIÊNCIA E EQUIDADE REGIONAL ANTES E DEPOIS DA DESCENTRALIZAÇÃO

	Esperança de vida ao nascer	Taxa de Mortalidade de Infantil	População Urbana com abastecimento de água (em %)	Consultas / habitante (públicas)	Médicos/ mil habitantes	Taxa de Analfabetismo	Taxa de Adultos Alfabetizados	Taxa de Escolarização	Alunos por professor - ensino fundamental público	Docentes do ensino fundamental com formação superior	Docentes do ensino fundamental com 1º grau incompleto
PERÍODO PRÉVIO À DESCENTRALIZAÇÃO											
ANO	1980	1980	1980	1985	1984	1980	1980	1982	1980	1980	1980
Brasil (1)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sudeste (1)	105	73	114	116	136	62	112	111	94	144	67
Sul (1)	108	67	103	94	91	59	114	108	83	101	46
Nordeste (1)	87	164	82	81	64	176	74	82	115	42	143
Norte (1)	104	97	96	84	42	120	96	107	120	39	138
Centro-Oeste (1)	105	74	80	109	98	95	102	100	120	62	101
Desvio padrão (2)	8.4	41.8	14.3	15.7	33.9	50.8	17.0	12.5	13.1	45.6	39.2
Valor (Brasil) (3)	60.8	65.0	73	1.2	1.5	28.0	74	73.4	26.0	33.5	45.5
PERÍODO POSTERIOR À DESCENTRALIZAÇÃO											
ANO	1991	1991	1991	1992	1991	1995	1991	1995	1994	1994	1994
Brasil (1)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sudeste (1)	104	62	109	126	135	59	111	104	102	135	29
Sul (1)	107	55	105	103	106	57	111	102	83	131	21
Nordeste (1)	89	183	91	71	62	192	78	94	111	50	148
Norte (1)	103	111	79	59	38	78	95	102	115	37	158
Centro-Oeste (1)	104	69	92	97	92	84	105	102	111	100	79
Desvio padrão (2)	7.0	54.6	9.6	25.6	34.7	59.3	14.5	4.1	10.0	40.8	63.3
Valor (Brasil) (3)	66.3	48.1	86	1.3	2.1	15.9	79	90.2	22.6	41.3	23.3
TAXAS DE CRESCIMENTO (VALORES PRÉVIOS - VALORES POSTERIORES)											
ANO	1980 - 1991	1980 - 1991	1980 - 1991	1985 - 1992	1984 - 1991	1980 - 1995	1980 - 1991	1982 - 1995	1980 - 1994	1980 - 1994	1980 - 1994
Brasil	8.9	-25.9	17.6	3.2	37.3	-43.4	7.3	22.9	-10.8	23.3	-48.8
Sudeste	8.2	-36.7	12.1	11.8	36.3	-46.9	6.1	14.8	-5.7	16	-77.9
Sul	7.9	-38.9	20.0	13.8	59.8	-45.2	4.8	15.2	-13.4	59.6	-76.1
Nordeste	11.5	-17.4	30.0	-9.5	33.3	-38.1	12.7	40.5	-16.4	45.1	-47.1
Norte	8.2	-15.3	-2.9	-28.2	25.4	-63.4	5.6	16.6	-16.6	17.1	-41.1
Centro-Oeste	8.1	-31.1	36.2	-8.3	29.2	-49.8	10.7	24.8	-19.5	99.5	-60.1

Fonte: PNUD 1996. Anuário Estatístico IBGE, 1990. Fundação IBGE. Pesquisa AMS. vários anos. Fundação IBGE. Censos Demográficos. vários anos. Fundação IBGE. PNADs. vários anos. MEC/SEDIA/SEEC. Sinopses Estatísticas. vários anos.

Notas: (1) Estas linhas referem-se aos números índices das diversas regiões brasileiras em relação ao valor Brasil. (2) O desvio padrão para os diversos indicadores foram calculados a partir dos números índices tomando como fator de ponderação a população das diversas regiões em relação à população brasileira. (3) Estas linhas representam os valores absolutos assumidos pelos indicadores para o Brasil. NEPP/UNICAMP - 1996.

Tabela 20
INDICADORES DE RESULTADO PRÉ E PÓS DESCENTRALIZAÇÃO

Indicadores	Campinas		Santos		Itaberá		Salvador		Catu		Cel.J.Sá	
	1980/8	1991+	1980/8	1991+	1980/8	1991+	1980/8	1991+	1980/8	1991+	1980/8	1991+
Analfabetismo (%)	19.0	11.0	14.2	7.8	31.7	19.5	21.8	15.7	33.4	27.6	87.9	80.9
Mortalidade Infantil(/1000)	22.7	17.0	27.6	24.6	-	43.7	43.4	25.2	34.5	20.0	-	-
Aluno/Profes.*	13.1	21.4	9.8	22.7	11.7	15.9	27.1	28.7	28.8	28.9	24.8	34.5

* Ensino Fundamental, rede pública
NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 21
DISTRIBUIÇÃO DO GASTO SOCIAL POR ESFERAS DE GOVERNO

	1980		1985		1992	
	100		100		100	
Gasto Social Global	100		100		100	
União	65.8		62.0		57.0	
Estados	23.6		24.6		26.5	
Municípios	10.6		13.4		16.5	

Fonte: Médici & Maciel, 1996. NEPP/UNICAMP, 1996.

Entre os indicadores de estrutura (ou eficácia), a relação aluno/professor, registrada na tabela anterior, aumentou na rede pública de ensino fundamental de todos os municípios, o que indica um crescimento mais que proporcional das matrículas que de docentes, mas também a baixa proporção prevalescente no período anterior. Acima dos limites recomendados está a relação correspondente a Cel. João Sá, mas em todos os municípios, a relação é superior à verificada na rede privada (quadro 6). As informações sobre outros indicadores de eficácia tais como salários (de professores, médicos e enfermeiros) e capacidade instalada em saúde são, infelizmente, parciais, praticamente não admitindo comparações temporais. A questão salarial merece ser observada sob outra ótica, entretanto. Sabidamente, como já ressaltamos, é muito acentuada a discrepância salarial entre estados, municípios e regiões, para aquelas e outras categorias de funcionários e, até onde as informações permitem verificar, a descentralização não contribuiu para homogeneizar as diferenças.

Sabidamente, os processos de descentralização não têm por objetivo imediato a redução de diferenças; ao contrário, podem mesmo acentuá-las e esse é um risco sempre presente. Entretanto, quando referidos às organizações de serviços sociais públicos, o problema das diferenças salariais envolve sérios problemas relacionados tanto com a isonomia quanto com a equidade da prestação. No sistema SUS, por exemplo, dada a integração de serviços, foram aproximados para mesmos locais de trabalho e para as mesmas funções profissionais que recebem salários cujas diferenças chegam à relação 1 para 4. No caso da educação, como não se integraram as redes, a disputa por isonomia não se intensificou como na saúde. Mas como esta pesquisa mostrou, quando o município de Santos assumiu a responsabilidade por escolas estaduais, entre as novas medidas de gestão que introduziu esteve a complementação dos salários docentes até o nível dos professores da rede municipal. Esse é um dos mais visíveis problemas enfrentados pelos processos de municipalização e integração. Além da referência às disparidades, funcionários estaduais, em geral tendem a resistir à municipalização, por temor ao rebaixamento salarial e perda de sistemas de benefícios previdenciários e outros. Em todos os municípios pesquisados, a questão foi abordada sob esse prisma pelos entrevistados.

A outra questão é a da equidade, aqui exemplificada através da política educacional. O gasto com salários docentes é o componente principal do gasto com educação e tende a associar-se fortemente com a qualidade do ensino, mediada pelo nível de qualificação dos professores. Ora, diferenças salariais como as encontradas -variando de US\$360 a US\$900/mês- indicam patamares pouco equânimes do gasto educacional por aluno e, em consequência, de desigualdades muito fortes na qualidade dos serviços prestados. Como vimos, a nova legislação de financiamento da educação quer corrigir estas diferenças. Mas há outros aspectos de eficiência, também relacionados com a equidade, que merecem observações. Em que medida a descentralização está contribuindo para a melhora da eficiência administrativa e da alocação de recursos? Na ausência de indicadores de processo (custos dos serviços, dimensionamento das redes burocráticas etc), o exame daquela questão se fez indiretamente, através de algumas dimensões institucionais da descentralização, de modo a estimar possíveis efeitos dos processos de implementação da descentralização sobre a qualidade dos serviços oferecidos. Três dimensões foram selecionadas.

- *Impactos da descentralização sob a modernização e as capacidades administrativas*

Em geral e principalmente na área educacional, a descentralização não tem sido acompanhada de adequadas e correspondentes reformas administrativas que potencializem as vantagens e as capacidades das redes. Nos seis municípios, algumas poucas mudanças de comportamento organizacional merecem referência. Melhoras nos comportamentos organizacionais e administrativos foram verificadas nos processos de recrutamento de professores, através de concursos públicos e apuração de mérito: assim foi a experiência recente de Catú, que realizou o primeiro concurso dessa natureza, seguramente reflexo da maior densidade de sua rede, mas também resultado da parceria

com a organização-não-governamental lá atuante. Em Campinas, os concursos e reformas estatutárias foram providências tomadas para reduzir a rotatividade do corpo docente, considerada alta. No plano da gestão, as inovações são modestas, na contratação de consultorias especializadas para apoiar melhoras administrativas tem sido, por exemplo, o recurso utilizado pela Prefeitura de Catú. Em relação às novas demandas gerenciais postas para a direção escolar, embora se saiba que os diretores vêm assumindo mais adequadamente estas funções, o sistema educacional tem enfrentado com dificuldades a definição do perfil profissional e da capacitação desse administrador escolar, situação verificada na maior parte das unidades escolares visitadas. A área da saúde, provavelmente em decorrência de sua organização e culturas internas, enfrenta com mais recursos os desafios das capacidades administrativas e de gestão impostos pela descentralização dos serviços. Mas embora seja mais padronizada a organização das unidades e sistemas locais, segundo opiniões de gestores de Campinas e Santos, o caráter caótico da descentralização introduz irracionalidades difíceis de serem removidas.

- *A (insuficiente) capacitação para as funções descentralizadas*

Foi unanimemente lamentada, nos municípios e em relação às duas áreas, a ausência de adequada capacitação para as funções descentralizadas. Muita criatividade parece ter cercado a execução das compras de material pedagógico, material de limpeza e equipamento de imagem e som através dos recursos do MEC/FNDE. Algumas instruções também acompanharam os programas, divulgadas através das Delegacias Estaduais do MEC. Entretanto, foram sistematicamente apontadas dificuldades na agilização dos procedimentos e na prestação de contas. Na área da saúde, ainda que normas e regras operacionais tradicionalmente acompanhem os novos procedimentos, a demanda por maior e mais adequada capacitação dos agentes locais de saúde foi também reiterada nas várias entrevistas com gestores. A integração dos serviços e programas -um dos resultados esperados da descentralização- ainda é meta distante, se consideramos a situação fragmentada com que ainda as ações de saúde e educação são realizadas nos municípios estudados. O município de Santos mostrou, entretanto, boa capacidade para maximizar a oportunidade aberta com a municipalização das escolas, integrando em toda a rede de educação os serviços de saúde escolar antes restritos a um pequeno segmento. O "comando único" da Prefeitura, a esse respeito, parece ter sido recurso indispensável para proceder à referida integração.

- *Descentralização e sistemas de monitoramento, supervisão e controles*

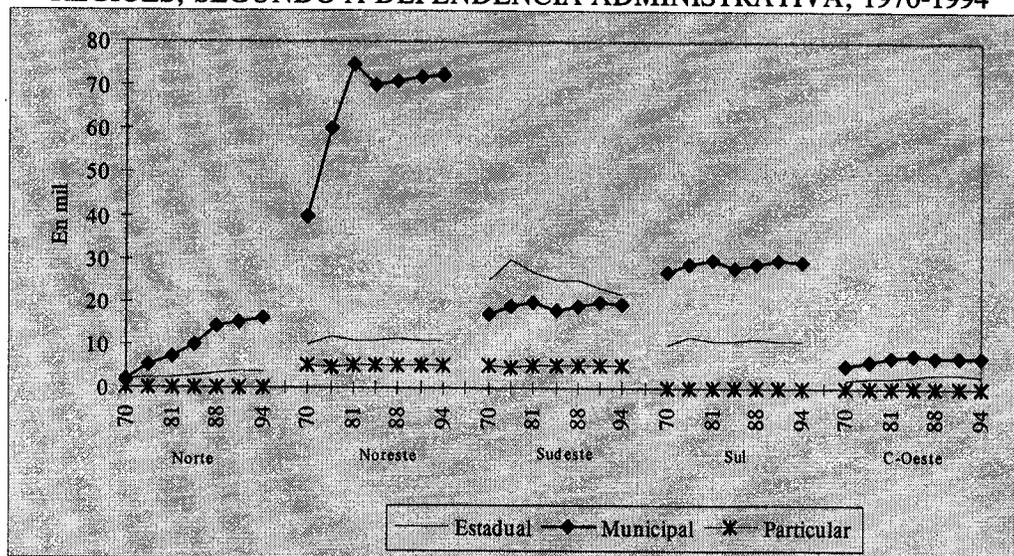
Entre os resultados do caráter caótico dos processos de descentralização, está a ausência de sistemas modernos e ágeis de monitoramento e supervisão, verificada nos municípios estudados. No caso da educação, já a duplicidade das redes e funções concorrentes restringem a possibilidade de operação adequada, no nível local, de sistemas de supervisão. Mas na área da saúde e mesmo em programas como a merenda escolar, a redução das funções centrais de supervisão e controles não têm sido substituídas adequadamente por mecanismos regionais e locais de verificação de qualidade. E isso tanto pelo envelhecimento das regras e normas anteriores, quanto por dificuldades de articular e manter estruturas regionais -intermunicipais e estaduais- capazes de cumprir com economia tais funções que, de outra maneira, dificilmente serão enfrentadas no simples âmbito municipal.⁷⁹ A tendência a esvaziar funções estaduais nos sistemas descentralizados, radicalizando a municipalização, seguramente contribui para aumentar aquela dificuldade.

iii. *Descentralização e equidade*

A ausência de levantamentos especiais, de resto não contemplado no desenho desta investigação, impossibilita-nos examinar impactos da descentralização sobre a equidade no plano individual e das

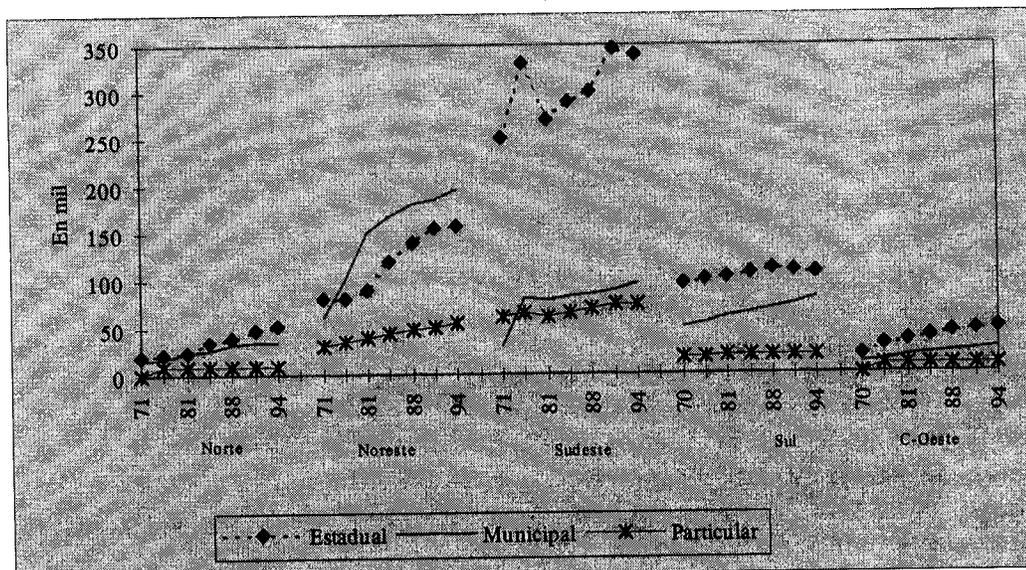
comunidades onde se localizam os municípios selecionados. Trataremos de verificar, então, no plano das regiões, o comportamento de alguns indicadores com o objetivo de registrar possíveis impactos da descentralização sobre as disparidades interregionais. Veja-se inicialmente, através dos gráficos I, II e III, o comportamento regional, entre 1970 e 1980-1994, de algumas taxas e indicadores de eficiência das políticas de educação. Aumento das matrículas, acompanhados por crescimento das funções docentes, ocorreram em todas as regiões, tendo entretanto sido mais aceleradas na Região Sudeste. Mas é importante destacar que, nesta, o estado de São Paulo contribui desproporcionalmente para aquele crescimento. Se se retirar este estado, mais equilíbrio será verificado entre as taxas regionais. Já a posição desproporcional do número de estabelecimentos de ensino na Região Nordeste retratam o que se comentou anteriormente, ou seja, o enorme número de pequenas escolas rurais presentes nesta área. Este movimento convergente, entretanto, não se confirma quando são examinados os comportamentos regionais e urbano/rurais de outros indicadores de educação e de saúde mais sensíveis às dimensões qualitativas da prestação desses serviços. Veja-se, por exemplo, os gráficos IV, V, VI e VII, a seguir.

Gráfico I
**ENSINO FUNDAMENTAL - NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS POR
 REGIÕES, SEGUNDO A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA, 1970-1994**



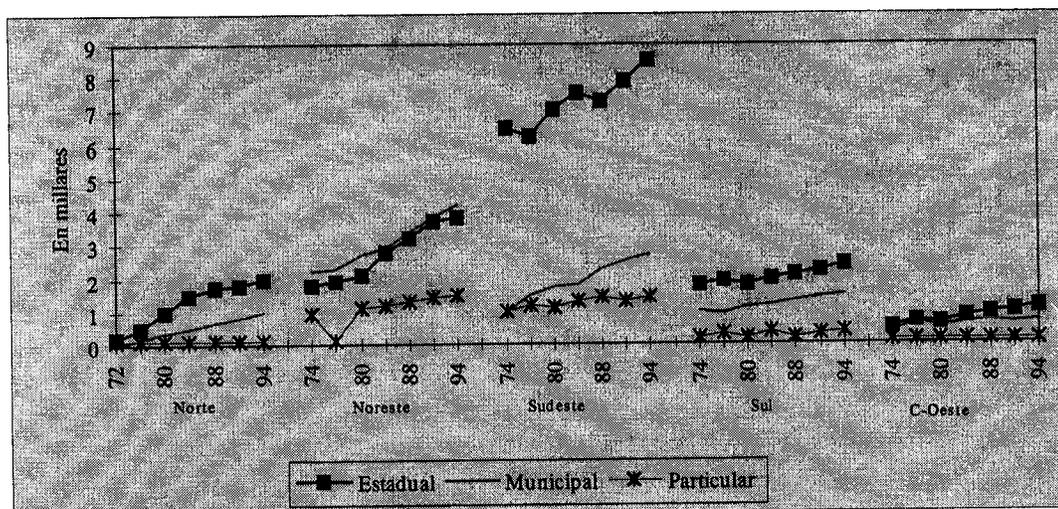
Fonte: MEC/SEDIAE/SEEC, NEPP/UNICAMP, 1996.

Gráfico II
 ENSINO FUNDAMENTAL - NÚMERO DE FUNÇÕES DOCENTES POR
 REGIÕES, SEGUNDO A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA



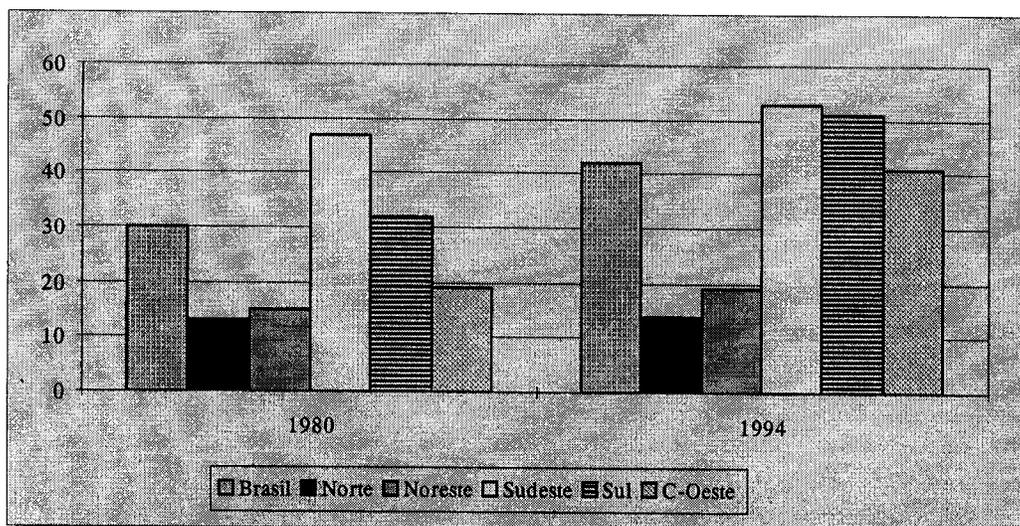
Fonte: MEC/SEDIAE/SEEC, NEPP/UNICAMP, 1996.

Gráfico III
 ENSINO FUNDAMENTAL - EVOLUÇÃO DAS MATRÍCULAS POR REGIÕES,
 SEGUNDO A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA, 1972-1994



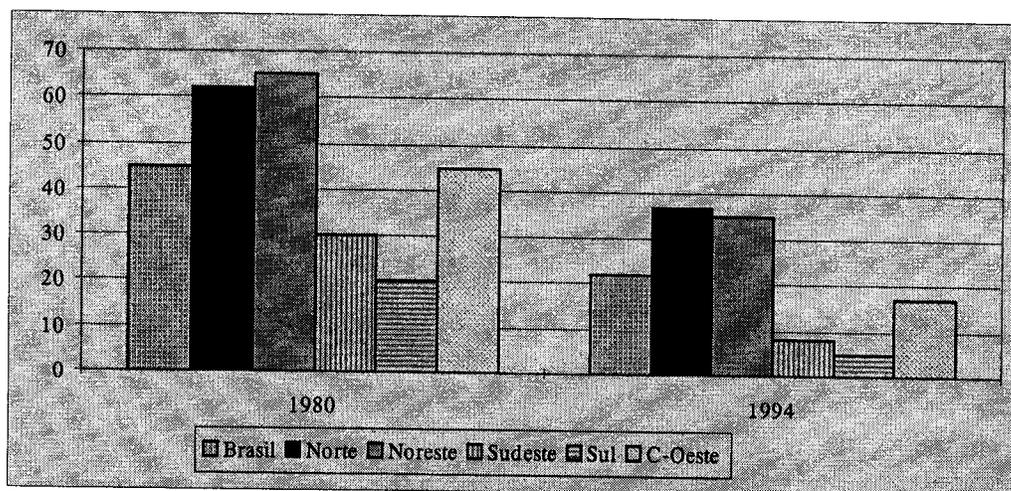
Fonte: MEC/SEDIAE/SEEC, NEPP/UNICAMP, 1996.

Gráfico IV
DOCENTES DO ENSINO FUNDAMENTAL COM FORMAÇÃO SUPERIOR
 Brasil e grandes regiões, 1980-1994



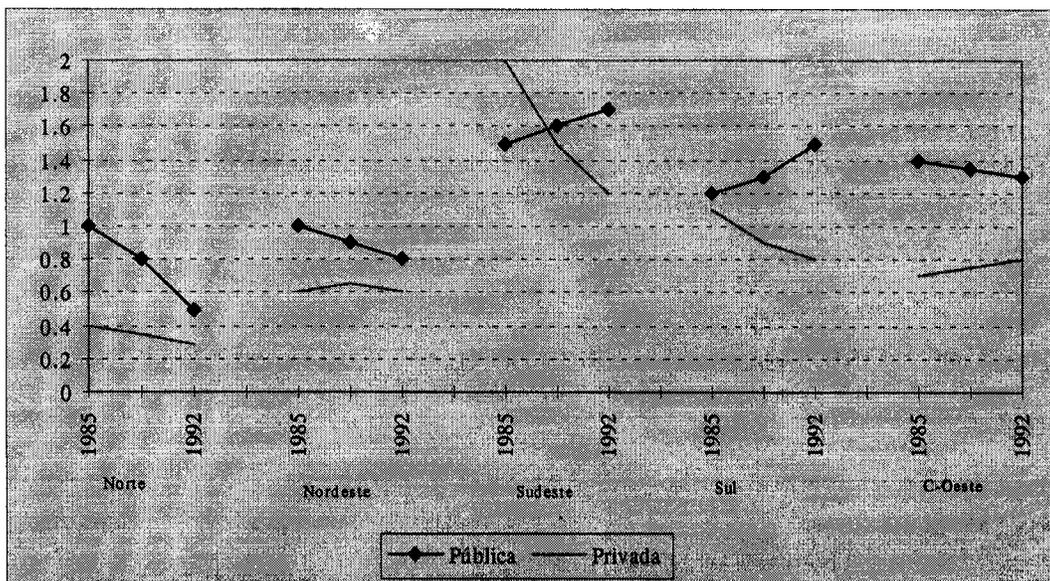
Fonte: MEC/SEDIAE/SEEC.

Gráfico V
DOCENTES NO ENSINO FUNDAMENTAL RURAL
COM 1º GRAU INCOMPLETO
 Brasil e grandes regiões, 1980-1994



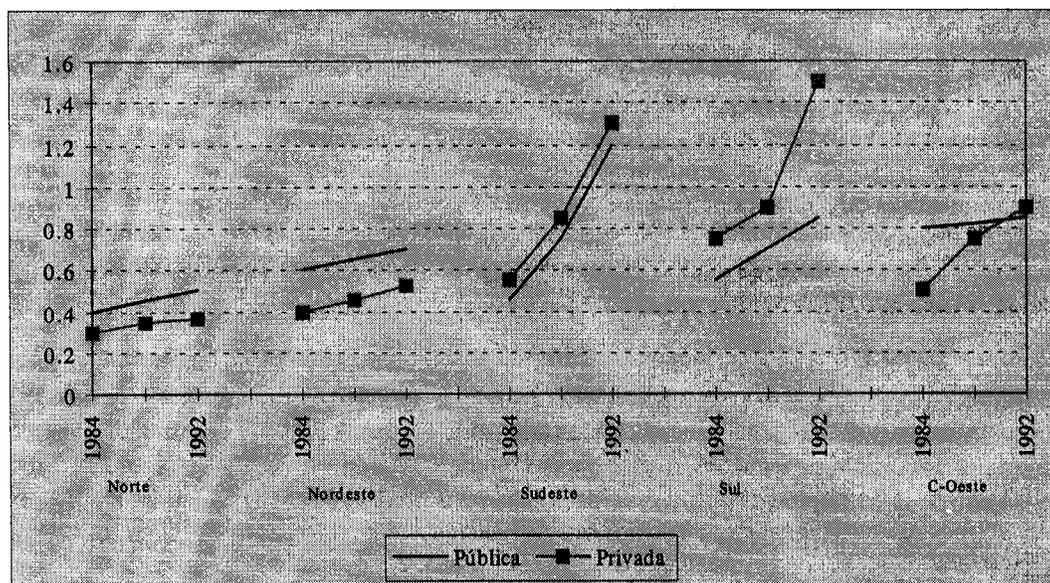
Fonte: MEC/SEDIAE/SEEC.

Gráfico VI
CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE SEGUNDO REGIÕES E
DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA, 1985-1992



Fonte: FIBGE. Pesquisa AMS, NEPP/UNICAMP, 1996.

Gráfico VII
MÉDICOS POR HABITANTES, SEGUNDO REGIÕES E DEPENDÊNCIA
ADMINISTRATIVA, 1984-1992



Fonte: FIBGE. Pesquisa AMS, NEPP/UNICAMP, 1996.

Os dois indicadores educacionais - docentes do ensino fundamental com formação superior e docentes do ensino fundamental rural com 1º grau incompleto - mostram simultaneamente melhora em todas as regiões, entre 1980 e 1994, mas as distâncias entre as regiões aumentaram, no mesmo período. No caso dos indicadores de saúde, há menor convergência, entre as regiões, tanto entre o sentido do comportamento, no período 1985-1992. Como se pode verificar pelos Gráficos VI e VII, mantêm-se e até mesmo aumentam as diferenças regionais e, entre elas, as diferenças entre as redes públicas e as privadas. Com exceção da região Sudeste, onde se verifica forte queda nas consultas do setor privado, mas também onde ocorre uma aceleração da taxa de crescimento da relação médico/habitantes. É possível aprofundar o exame da maior equidade regional que se pode relacionar com a descentralização através do comportamento da dispersão regional de alguns indicadores sociais clássicos antes e "depois" da descentralização, como está registrada no quadro 8.

Quadro 9
SITUAÇÃO DOS INDICADORES AO LONGO DO TEMPO E DISPERSÃO RELATIVA DAS
REGIÕES BRASILEIRAS

Indicadores	Situação	Taxa de Variação	Dispersão
Esperança de vida ao nascer	melhoria	9.0	diminuiu
Taxa de Mortalidade Infantil	melhoria	-25.95	aumentou
População Urbana com abastecimento	melhoria	17.6	diminuiu
Consultas por habitante (públicas)	melhoria	3.2	aumentou
Médicos por mil habitantes	melhoria	37.3	aumentou
Taxa de Analfabetismo	melhoria	-43.49	aumentou
Taxa de Adultos Alfabetizados	melhoria	7.3	diminuiu
Taxa de Escolarização	melhoria	22.9	diminuiu
Alunos por professor no ensino fundamental público	melhoria	-10.8	diminuiu

NEPP, UNICAMP, 1996.

Com mais clareza e de forma mais completa, observa-se, no quadro anterior, que todos os indicadores selecionados sinalizam melhora nas condições de vida da população brasileira. Entretanto, quando se avalia a distância relativa de cada região em relação à média nacional, alguns indicadores atestam que as desigualdades regionais, antes de diminuírem, aumentaram ao longo do período de análise. Particularmente, isto se verificou para os indicadores de mortalidade infantil, consultas por habitante, médicos por habitante e para a taxa de analfabetismo. Para os indicadores de esperança de vida ao nascer, população urbana com abastecimento de água, taxa de adultos alfabetizados, taxa de escolarização e número de alunos por professor, as cinco regiões brasileiras encontram-se atualmente mais próximas do que estavam no passado.

O quadro 9 sumariza os comportamentos já descritos, registrando os indicadores segundo o aumento ou a redução das desigualdades regionais, e as respectivas taxas de variação. Pode-se verificar que a dispersão regional aumentou em vários indicadores. A Região Nordeste, que já partia de patamares inferiores, registrou o pior desempenho, enquanto as Regiões Sul e Sudeste se alternaram, entre os indicadores, como as que apresentam melhor desempenho. Maiores foram as desigualdades regionais ampliaram-se em relação aos indicadores de mortalidade infantil, consultas por habitante, médicos por habitante e taxa de analfabetismo. No caso da mortalidade infantil, tanto a Região Nordeste como a Região Norte apresentaram taxas de variação menores do que a taxa de variação média nacional. Para o indicador do número de consultas por habitante, as três regiões menos desenvolvidas apresentaram taxas de crescimento negativas. Com relação ao número de

médicos por habitante, as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste apresentaram taxas de variação menores do que a média nacional. Finalmente, para a taxa de analfabetismo, a Região Nordeste foi a única a apresentar uma taxa de variação menor do que a média nacional. Inversamente, para os outros indicadores, uma ou mais regiões menos desenvolvidas apresentaram taxas de variação maiores do que a média nacional, o que contribuiu para a diminuição das desigualdades regionais anteriormente verificadas.

CONCLUSÕES

É inegável o avanço da descentralização das políticas sociais, no Brasil, desde meados da década dos oitenta e, ainda que atravessando circunstâncias adversas, tal movimento guarda correspondência com os móveis centrais que impulsionaram tal processo. Como tratamos de enfatizar neste trabalho, o padrão brasileiro de descentralização vem se caracterizando, desde o fim do regime militar, pela predominância de motivações e alvos eminentemente políticos - mais do que fiscais e financeiros - no desencadeamento e na condução do processo. Afonso e Lobo (1996) enfatizam mesmo que a lógica do movimento - aumento de poder e recursos dos governos subnacionais, com correlato enfraquecimento do governo central - expressaria a vontade política de suprimir as possibilidades de retorno de regimes centralizadores ou ditatoriais. Estas são demandas que vêm de baixo e, segundo Albuquerque & Knoop (1995) "...acabam obtendo, de um poder central enfraquecido, mais recursos e mais autonomia para a prestação de serviços sociais".

É essa a matriz que tendeu a acentuar, no Brasil, a associação entre descentralização e equidade: a melhora da estrutura das oportunidades e o aumento do bem-estar das pessoas haveriam de decorrer de programas sociais apoiados em formatos decisórios mais democráticos e sistemas efetivos de participação e controle social; em mecanismos técnicos e socialmente mais eficientes de alocação de recursos e em estruturas organizacionais mais eficientes e profissionalmente capazes para a prestação de serviços de qualidade. Com efeito, acelerado pela reforma tributária de 1988, o processo de descentralização mostra sua força no acentuado aumento da participação dos municípios e, em seguida, dos estados, no gasto social total (tabela 21). Se, então, o ponto de partida, a motivação comum foi sobretudo de caráter democrático - já que envolvia um projeto de reforma das políticas para ampliar a cidadania social - a convivência do movimento descentralizador com a forte instabilidade econômica e sucessivos planos de estabilização transformou a política de descentralização em confuso, caótico e convulsivo movimento, que se arrasta desde o princípio dos anos noventa sob o signo do ajustamento fiscal. Outros fatores, de ordem estrutural, também contribuem para a instável trajetória da descentralização.

De um lado, a descentralização das políticas e programas de educação e saúde partiram de bases institucionais heterogêneas, observaram modelos diferentes e, por isso mesmo, conformam hoje quadros organizacionais bastante distintos. Por sua vez, o terreno em que se enraiza o processo de descentralização é o terreno da heterogeneidade social e regional que caracteriza o país. Aí se desenvolvendo, a descentralização da educação e da saúde defronta-se com duras condições de reprodução de desigualdades que escapam aos seus efeitos benéficos. Ao final de um longo ciclo, entre os inegáveis resultados positivos da descentralização sobre a eficiência e a equidade, há também que se computar, como foi demonstrado, a acentuação de desigualdades regionais em indicadores sociais que exatamente se almejava reduzir.

A outra face da descentralização das políticas é a sua moldagem federativa. O forte federalismo brasileiro, de acentuado viés municipalista, faz-se sentir já no ponto de partida do processo, principalmente em relação à educação fundamental: esta é historicamente uma função dos estados e municípios, mas o avanço da sua municipalização veio esbarrando em dificuldades e resistências. Não por acaso, o modelo de descentralização que hoje predomina nesta área é o da autonomização da unidade escolar, mais que a instituição do Prefeito Municipal como autoridade

local do sistema. Provavelmente não também por acaso, o grande impulso de descentralização atualmente verificado originou-se no governo federal, e não no plano dos estados e municípios.

Distinta é a base e a trajetória da descentralização da política de saúde. Aqui, como buscamos demonstrar, tratava-se de construir simultaneamente um sistema - que não tínhamos - e de forma descentralizada. Sistema unificado e descentralizado - este foi o ponto de partida do SUS. A articulação entre as esferas de governo para a prestação dos serviços consistiu no eixo estruturante do SUS. A municipalização radical do atendimento, através do sistema local de saúde dirigido pela autoridade municipal constitui a meta do seu desenvolvimento e implementação. A autonomização do município, graduada segundo distintas modalidades gestonárias, constitui enfim a sua estratégia.

Os seis municípios estudados por esta pesquisa - Campinas, Santos e Itaberá, no estado de São Paulo, e Salvador, Catú e Coronel João Sá, no estado da Bahia - registram interessantes situações de avanços mas também sérias dificuldades enfrentadas pela descentralização. Entre os efeitos positivos verificados, está a maior satisfação tanto de usuários quanto de gestores das redes de serviços; a ampliação dos canais de participação da comunidade no desempenho das políticas, através de Conselhos Municipais e Associações de Pais e Mestres, no interior das escolas; a ampliação da autonomia tanto do Prefeito municipal quanto da direção escolar na gestão do sistema. Entre os obstáculos enfrentados, podem ser indicador: as ainda duplicidades de redes, funcionários e salários, reduzindo o potencial de integração local da descentralização; a ausência de políticas e de recursos de capacitação para as funções descentralizadas; a ausência de sistemas de monitoramento, supervisão e controles visando garantir padrões de qualidade dos serviços. A descentralização das duas áreas de políticas está associada a melhoras nos indicadores de eficiência e equidade e, sob este prisma, tem sido exitosa. Entretanto, a potencialização das suas vantagens e virtudes apenas resultará da clara definição e fortalecimento, nos três níveis de governo, de políticas que definam com mais clareza o programa de descentralização que se quer cumprir, com definição de objetivos, metas e cronograma; revertam o quadro estagnado da municipalização da educação, aproveitando o potencial da nova legislação de financiamento; instituem sistemas de capacitação dos agentes locais para o desempenho de funções descentralizadas; na estimulem a criação e implantação de sistemas de monitoramento e supervisão da qualidade dos serviços.

Notas

1. Efetivamente o Brasil é considerado o país da América Latina que apresenta os indicadores de maior descentralização fiscal da região. A este respeito ver CEPAL (1996:55).
2. O regime militar (1964/1984) implementou reformas fiscais centralizadoras sob os argumentos de modernização, simplificação, harmonização e distribuição regional dos recursos. Entre os resultados, registra-se, no período, um decréscimo da participação dos governos subnacionais nos tributos da União e um crescimento das transferências não-constitucionais, com aumento, portanto, do grau de discricionariedade do governo federal e da dependência financeira dos estados e municípios. Ver Afonso (1994).
3. Para observar a divisão das competências tributárias por nível de governo de acordo com a Constituição de 1988, ver quadros 1 e 2.
4. A União reparte parcela de suas receitas tributárias com os estados e municípios. Do imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza (IR) e do imposto sobre produtos industrializados (IPI), 21.5% pertencem ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e 22.5% ao Fundo de Participação dos Municípios sendo esta a mais expressiva transferência tributária federal. Os municípios também recebem transferências de seus governos superiores, os estados. Do produto da arrecadação estadual do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (o mais importante imposto dos estados) 25%

- pertencem aos municípios. Para maiores esclarecimentos a este respeito consultar Afonso (1994), Addendum, pp. 12-15.
5. Neste caso, os critérios de repasse não são definidos em Lei, os montantes decorrendo de acordos de cooperação entre os governos, decisões *ad hoc* ou decisões motivadas pelo ressarcimento de despesas. Principalmente no caso da União, tal mecanismo lhe confere um notável poder de barganha sobre os níveis subnacionais, exercido em geral quando a proposta orçamentária do Executivo - que inclui tais transferências - é negociada no Congresso Nacional.
 6. No mesmo sentido de Afonso (1994), Bremaeker (1996) demonstra que no período de 1988 a 1992, independentemente do porte dos municípios, as taxas de crescimento das receitas tributárias próprias superaram as taxas de crescimento tanto do ICMS transferido pelos estados quanto das transferências federais. Já as receitas próprias arrecadadas pelos *estados* mantêm-se sem grandes alterações desde o início da década de oitenta, em torno de 3/4 do total das receitas estaduais. Descontando-se as transferências devidas aos municípios essa relação diminui para 2/3 (Afonso, 1994).
 7. Afonso&Lobo, 1996: 10. Ademais, é importante destacar, como o faz Afonso (1994, p. 41), que para os estados este conceito perde um pouco de seu significado já que parcela expressiva das receitas tributárias destes entes federados é transferida aos municípios sendo portanto considerada vinculada, enquanto elemento de despesa.
 8. Isto não é verdade para a região Centro-Oeste no ano de 1991. A arrecadação própria dos Estados desta região foi de 7.1% e os recursos transferidos 6.1% com relação aos totais.
 9. No caso do Nordeste, por exemplo, estados como a Bahia e Pernambuco apresentam melhores índices de desenvolvimento humano (0.609 e 0.577, respectivamente) que outros estados da mesma região, por exemplo a Paraíba (0.466). O estado de São Paulo destaca-se nos planos regional e nacional: tem 21.5% da população brasileira, 35% do produto interno e 44% do produto industrial, a sua renda per capita sendo de 6.8 vezes à do residente no estado do Piauí, no Nordeste (Guimarães, op. cit.: 39). Mas seu índice de desenvolvimento humano - de 0.850 - é inferior ao do estado do Rio Grande do Sul (PNUD/IPEA, 1996:13).
 10. Utilizando como indicador da desconcentração inter e intra- regional o movimento de convergência em torno à média nacional que apresentam os produtos internos por habitante das regiões, o autor compara os anos de 1970, 1975, 1980 e 1985 e verifica que, enquanto a região Sudeste registra, entre 1970 e 1985, queda do índice de 153 para 137 (Brasil = 100), todas as outras as regiões, cujo produto interno per capita era inferior, em 1970, ao do país, em 1985 mostram melhora desse indicador, que se aproxima do índice 100 nacional (idem, p. 16).
 11. A literatura enfatiza três tendências no comportamento dos indicadores sociais regionais: a melhora de quase todos nos últimos 15 anos; a relativa independência de seu comportamento em relação ao desempenho da economia e a piora da incidência da pobreza. Guimarães (1995) chama a atenção para o fato de que o comportamento dos indicadores sociais regionais apresentam simultaneamente um padrão convergente e um padrão divergente, quando comparados à média nacional. **Padrão convergente** é o que se que nota, por exemplo, em relação à esperança de vida ao nascer: embora regiões e estados apresentem todos uma evolução positiva, as regiões que pior se colocavam antes (Norte e Nordeste) apresentam melhor evolução que as anteriormente colocadas em melhor posição (Sudeste e Sul). Já os indicadores de mortalidade infantil, níveis de instrução e abastecimento de água apresentam **um padrão divergente**. No caso do primeiro, por exemplo, o autor enfatiza que a melhora sistemática da incidência absoluta da mortalidade infantil se dá em todo o território nacional, mas as regiões com nível mais elevado de renda registraram, em relação à média nacional e às regiões menos desenvolvidas, uma redução maior desse indicador: por

- exemplo, em 1970, o coeficiente de mortalidade infantil do Nordeste era 29% superior ao nacional e, em 1988, 68% mais alto.
12. O artigo 208 da Constituição Federal de 1988 disciplina os deveres que cabem ao Estado com relação à educação: i) ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria; ii) progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio; iii) atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; iv) atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade; v) acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um; vi) oferta de ensino regular noturno, adequado às condições do educando; vii) atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.
 13. Segundo o texto constitucional, aos municípios cabe *preferencialmente* a oferta de ensino pré-escolar e fundamental, aos estados cabendo *preferencialmente* o médio, participando com a União da oferta de ensino superior. É verdade que, hoje, é , praticamente nula participação da União na oferta pré-escolar e de primeiro grau (embora participe da oferta de escolas técnicas de segundo grau). Entretanto, nos municípios médios e grandes convivem e competem redes estaduais e municipais de pré-escola, ensino fundamental e médio. O país conhece também municípios pequenos em que a oferta de primeiro grau é totalmente de responsabilidade estadual. Da oferta do ensino público superior, finalmente, a União e os estados dividem as maiores responsabilidades, mas é possível encontrar oferta municipal pública também nesse nível de ensino.
 14. É bem possível que as estimativas de gastos dos estados com o nível superior estejam superestimadas, pois as projeções dos gastos para os estados foram feitas a partir das maiores unidades federadas que possuem, via de regra, extensas redes de ensino superior Afonso (1996, op. cit.:2).
 15. Para o caso dos municípios, alerta AFONSO (1996), pode estar havendo distorção em um expressivo volume de gastos com os programas administração e assistência a educandos. Isto poderia ser reflexo, tanto das dificuldades envolvidas na classificação acurada das despesas nos balanços orçamentários, como da aplicação de recursos em despesas não tipicamente vinculadas à educação.
 16. ein 2,380/96.
 17. Para um município como o de Itaberá - caso estudado por esta pesquisa - que não tem rede de ensino fundamental, a única alternativa que lhe resta para reter pelo menos 60% dos 25% das receitas correntes que é obrigado a destinar à educação, é a de abrir classes de ensino básico; de outra forma, perderá os recursos que hoje utiliza com bolsas de ensino superior.
 18. O artigo sexto da Constituição Federal determina: "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
 19. A seguridade social compreende as ações integradas dos poderes públicos e da sociedade para que sejam assegurados os direitos de saúde, previdência social e assistência social. No artigo nº194 da Carta Magna, são estabelecidos os objetivos para o poder público, quando da organização da seguridade social. São eles: i) universalidade da cobertura e do atendimento; ii) a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; iii) a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, iv) a irredutibilidade do valor dos benefícios; v) a equidade na forma de participação no custeio; vi) a diversidade da base de financiamento; vii) o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados.

20. O art. 200 do texto constitucional define as seguintes atribuições ao SUS: i) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; ii) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; iii) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; iv) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; v) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; vi) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; vii) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; viii) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
21. O artigo nº 198 da Constituição estabelece: Artigo 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; iii) participação da comunidade.
22. As exigências para que Estados e Municípios recebam os recursos federais são: funcionamento dos Conselhos de Saúde; existência de Fundos e Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos respectivos; Programação e Orçamento de Saúde; Relatório de Gestão Local; Plano de Carreira, Cargos e Salários.
23. Comissão de Intergestores Tripartite, envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
24. Comissão de Intergestores Bipartite, envolvendo a Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde.
25. Na gestão parcial cabe à Secretaria Estadual de Saúde: responsabilizar-se pela programação integrada com os municípios, abrangendo manutenção e investimento e gestão dos recursos próprios e transferidos; cadastrar, programar e distribuir quotas hospitalares e ambulatoriais; controlar e avaliar a rede de serviços; coordenar a rede de referência estadual e gerir sistemas de alta complexidade; coordenar ação de vigilância epidemiológica, hemocentros e rede de laboratórios; formular, executar e controlar vigilância da condições de trabalho. A gestão semi-plena prevê aquelas funções anteriores e acrescenta a assumpção pela Secretaria Estadual, da completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços no estado, inclusive o pagamento dos prestadores públicos e privados de serviço.
26. Recentemente, assim se expressou um periodista, costumeiro crítico dos serviços públicos deficientes: "Nas políticas social tem-se seguido caminho semelhante, em torno a alguns paradigmas essenciais: descentralização, substituição do Estado operador pelo Estado coordenador, indutor e avaliador das políticas sociais, e pelo fortalecimento das organizações públicas substituindo organizações estatais...No plano da saúde, o modelo vitorioso é o do Sistema Único de Saúde(SUS)...Em lugar do velho elefante centralista, passam-se as verbas para os municípios, de acordo com o número de pessoas a serem atendidas. Cabe ao município definir as formas de aplicação dos recursos, sob a supervisão de um conselho composto por representantes das organizações locais. À União competirá cuidar de políticas de saúde nacional e estabelecer controles sobre as verbas..." Na sequência, expressa sua discordância com o pretensão universalismo e gratuidade da cobertura para setores médios e altos, já assistidos por planos de saúde (Luís Nassif, FSP 25/11/1996).
27. Como assinala Tavares de Almeida "...O SUS consistiu, seguramente, a mais audaciosa reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Ainda que a implantação do novo sistema esteja longe de se ter completado, e muitos sejam seus

- impasses, no estágio atual já significa uma transformação profunda do sistema público de saúde" (Tavares de Almeida, 1995: 16).
28. Avaliando em um município da Região Metropolitana de São Paulo (Guarulhos) a qualidade dos serviços - medida em termos de eficácia, efetividade, eficiência, optimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade -, Junqueira e Auge afirmam: "Esta pesquisa permite concluir que a descentralização abriu de fato novas perspectivas para o setor. O Sistema Único de Saúde, ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde, torna-o co-responsável por garantir aos munícipes o direito à saúde. No entanto, a maioria dos municípios brasileiros não dispunha de uma rede capaz de fazer frente a essa nova realidade. Guarulhos estava entre esses municípios e, para assumir esse novo papel, expandiu a sua rede, visando garantir à sua população o acesso a serviços de saúde" (Junqueira e Auge, 1996: 77).
 29. A. L. Vianna identifica três situações de descentralização diferentes em graus e ritmos, resultantes da combinação de dois indicadores, a participação do governo federal na oferta de equipamentos e a existência de políticas estaduais descentralizadoras: a) fraca presença federal e forte empenho descentralizador do estado: São Paulo, Ceará e Paraná; b) forte presença federal e fraca política estadual descentralizadora: Roraima, Amapá, Pará, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul; c) fraca presença federal e fraca política descentralizadora: estados do Nordeste e Goiás (Vianna, 1993: 38).
 30. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que define confere institucionalidade ao sistema, foi promulgada em 1962.
 31. Negativamente referida como "prefeiturização".
 32. Até 20 mil, de 20 a 50 mil e acima de 50 mil habitantes foram as faixas correspondentes respectivamente a pequeno, médio e grande no estado da Bahia. No estado de São Paulo, as faixas foram respectivamente de até 50 mil; entre 50 e 250 mil e acima de 250 mil.
 33. O Programa Comunidade Solidária, iniciado em fevereiro de 1995, é o programa federal de combate à pobreza.
 34. Graus de satisfação dos usuários; formas e eficácia da participação social e e graus e mecanismos da autonomia das autoridades e gestores locais.
 35. Desempenho dos alunos em exames nacionais; taxas de repetência, evasão e escolarização, para a educação; em saúde, taxas de morbimortalidade, de esperança de vida ao nascer e de cobertura (de consultas, vacinal etc).
 36. Em educação: gasto/aluno; custo (principalmente salários); relação professor/aluno; qualificação docente e capacidades administrativas dos serviços locais. Em saúde: gasto *per capita*; capacidade instalada por habitante (médicos, enfermeiros e leitos/ha).
 37. Estimativas das capacidades administrativas; dimensões relativas da organização; graus de burocratização das decisões e da implementação etc. A avaliação do processo de descentralização considerou especificamente os seguintes aspectos das relações entre níveis de governo: a *descentralização de encargos*.
 38. Em 1985, a participação do PIB baiano no PIB nacional foi da ordem de 5.2%, abaixo do Paraná (6.1%), Rio Grande do Sul (7.9%), Minas Gerais (9.8%), Rio de Janeiro (12.3%) e São Paulo (35.4%). Guimarães, 1995: 260.
 39. 561,026 km².
 40. Coeficiente de Gini de 0.649, acima do brasileiro, de 0.625 (Guimarães, 1995:337).
 41. A indústria (53.8%), seguida do comércio(33%), dos serviços (11.6%) e da agropecuária (1.6%), responde pela maior parte da arrecadação do ICMS. Em 1995, o ICMS baiano representava 35.2% do ICMS nordestino e 4.4% do nacional.
 42. No orçamento de 1996, em curso, as despesas com pessoal representam 58.1% da receita corrente. Entre os recursos alocados para as funções de governo, 41% destinam-se à área

- social sendo 17% para Saúde e Saneamento e 16% para Educação e Cultura. Estes dados não podem ser ainda comparados com os de 1995, que correspondem a balanço executado.
43. O estado tem sido historicamente dirigido por partidos e lideranças conservadoras, de forte projeção nacional. O governo estadual pertence ao Partido da Frente Liberal que vem liderando a política estadual em quase todas as administrações nos últimos 30 anos, com exceção do período 1987-1990, quando o estado foi governado pelo PMDB.
 44. O recrutamento de novos docentes está programado para final de 1996, através de concurso público.
 45. A população indigente do município é estimada em 16.5%. 14.3% dos chefes de família recebem de 0 a ½ salário mínimo e 31.8% recebem até 1 salário mínimo.
 46. A cidade é histórico reduto de oposição. A atual administração municipal pertence ao Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB tendo vencido as eleições de 1992 numa frente com os partidos de centro-esquerda e de esquerda em oposição ao PFL. As duas outras administrações anteriores foram governadas por uma frente liderada pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB.
 47. "...a questão da municipalização da educação é uma decisão política da atual administração, que pretende não apenas resolver as dificuldades materiais e humanas das escolas municipais, mas também encaminhar soluções para a escola pública local, seja municipal, estadual ou federal (Secretaria Municipal de Educação, Doc., 1996).
 48. Segundo o Prefeito, o Programa da Comunidade Solidária foi o grande responsável por estes avanços e acha mesmo que, na região, o seu município foi o que mais beneficiou-se dele, mesmo quando alguns dos programas estejam chegando com muito atraso, como o do leite para crianças desnutridas.
 49. Programa de Alfabetização de Jovens e Adultos - A.J.A. Bahia, previsto para iniciar-se em outubro/1996, em 19 classes da zona rural e 2 na urbana, durante 6 meses e com duas horas diárias de duração. Os alfabetizadores serão alunos da escola de 2º grau, recentemente criada.
 50. Dos 8 funcionários paramédicos, o estado emprega 3. Os outros 5, além de um dentista (uma vez por semana) e 2 médicos (residentes fora do município, ali atendendo três vezes por semana) são contratados pela Prefeitura. O município conta com um Agente de Saúde mas aguardava 29 outros, já capacitados, através do Prog. Comunidade Solidária.
 51. Segundo IBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1992.
 52. Por exemplo: 21.5% da população, 35% do produto interno e 44% do produto industrial; sua renda *per capita* é de 6.8 vezes a do residente no estado do Piauí, no Nordeste (Guimarães, op. cit. p. 39).
 53. Entre 1970 e 1985, cai de 39% a 33% a participação do Estado de São Paulo no PIB brasileiro.
 54. Segundo dados do SEADE. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 1992.
 55. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
 56. O município ganhou destaque nacional e mesmo foi premiado pela OMS no Programa Cidade Saudável pela implementação do Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima da prefeitura de Campinas, iniciado em fevereiro de 1995, almente beneficiando cerca de 2,800 famílias (NEPP, 1996).
 57. Entre eles, estão os seguintes: Saúde da Família (Vínculo do médico com um grupo de família para a atenção personalizada e profilaxia de doenças); Saúde do Adolescente; Saúde do Trabalhador; Prevenção e Monitoramento de AIDS.
 58. É o Programa Integrado da Criança e da Família, que envolve o Sistema de Vigilância de Recém-Nascidos de Risco, responsável pela redução da mortalidade infantil, entre 1990 e 1z995, de 34 para 21.8 mortes por nascidos vivos(FSP, 13/04/1995).

59. O município registra o interessante caso de ter municipalizado um hospital filantrópico, quando tratou de expandir o número de leitos disponíveis, através de um contrato de locação envolvendo prédio, funcionários e equipamentos. Os funcionários foram mantidos e contratados pela prefeitura os restantes dos cargos foram preenchidos com estatutários.
60. Entre os programas desenvolvidos, estão os seguintes: Programa do Recém-Nascido de Risco; Programa de Internação Dociliar; Saúde Bucal; Programa de Prevenção Epidemiológica (DST e Cólera); Núcleo de Atenção Psico-Social (Municipalização do Hospital Psiquiátrico e Trabalho com doente mental dentro da linha da luta anti-manicomial); Núcleo de Prática Alternativa de Saúde (Homeopatia) e Disque-Consulta (Central de agendamento de consultas nas Policlínicas municipais).
61. A ala dominante em Itaberá é a quercista, o prefeito integrando em dos seus grupos mais belicosos, o MR8, originário da esquerda radical atuante no período da ditadura militar.
62. Por exemplo, a Secretária da Educação desconhece os valores recebidos para transporte escolar e o quanto aproximadamente se gasta em merenda no município. Embora na área da saúde haja um maior envolvimento do Secretário Municipal, ainda assim este também não conhece os valores transferidos pelo SUS à Prefeitura.
63. O Prefeito atua como um "salva-vidas" das pessoas. Estima-se que atenda diariamente na sua casa, entre 6:30 e 9:00 horas da manhã, umas 10 pessoas e no seu gabinete, outras 10 ou 15, que pedem coisas variadas como por exemplo: botijão de gás, pagamento da conta de água, de luz, isenção de IPTU, auxílio para pagamento de contas etc. Foi presenciada uma cena inusitada de uma pessoa querendo uma galinha nova pois a sua não estava mais botando ovos.
64. Dois são os argumentos: os servidores da prefeitura estão sem receber seus vencimentos há três meses, o mesmo podendo ocorrer com os docentes, caso haja municipalização; os salários municipais são quase sempre inferiores aos pagos pelo estado.
65. Diariamente dois ônibus escolares levam estes alunos/bolsistas a cidades próximas. As bolsas equivalem ao custo das faculdades privadas onde estudam.
66. O governo do estado de São Paulo distribui à rede SUS medicamentos básicos produzidos pelo laboratório estadual - FURPE.
67. A pretensão era transformá-lo em Hospital de Referência para a região, o que foi vetado pela Secretaria sob o argumento de que o município não tinha condições nem porte físico para tanto.
68. Em certa medida reduzindo os efeitos da reforma tributária e, mais tarde, os ganhos derivados do *efeito Tanzi* que se seguiu imediatamente ao plano de estabilização.
69. Não se obteve a tempo informação de balanço de Cel. João Sá; no caso de Catú, as informações dos balanços não permitiram este tipo de desagregação.
70. A Secretaria Estadual de Educação da Bahia está orientando os municípios na criação de Colegiados Escolares, mas em Cel. João Sá ainda não ocorreu. Já Catú conta desde 1994 com um representativo Conselho Municipal, composto de duas Câmaras (educação e cultura). É intrigante o fato de Campinas não possuir Conselho Municipal dada a sua forte tradição em associações e conselhos sociais.
71. Embora o pessoal continue vinculado ao estado, a Prefeitura pode completar seus salários, elevando-os até o nível dos docentes municipais. Aliás, por esta razão houve resistência da Associação dos Docentes, prevendo o que de fato ocorreu, o afastamento do professorado "municipalizado" da própria Associação. Sobre planejamento, currículo, jornada e gasto nas escolas municipalizadas, a Prefeitura Municipal passou a ter total autonomia. Na avaliação dos entrevistados, a municipalização possibilitou unificação do atendimento na rede pública, melhor planejamento do atendimento da população, integração do programa de saúde escolar, antes presente apenas nas escolas municipais.

72. As Prefeituras Municipais são, no Brasil, as grandes provedoras de transporte escolar para alunos de 5ª série em diante residentes em zonas rurais, tendo no passado recebido recursos federais para esse fim. Mais recentemente, o programa foi direcionado aos municípios da Comunidade Solidária e por tal razão Itaberá e Cel. João Sá foram contemplados em 1995. Os recursos são partilhados pela União (70%), pelos estados (20%) e pela Prefeitura (10%). Dado a importância política e clientelística desse equipamento, é muito forte a pressão dos prefeitos sobre os recursos do programa.
73. A descentralização da merenda escolar, em quase todas as escolas - com exceção das de Itaberá - foi elogiada e associada às maiores regularidades e qualidade com que os alimentos chegam aos alunos. Em Catú, verificou-se que a Prefeitura completa com recursos próprios o cardápio.
74. Em Santos, é alta a satisfação com o melhor atendimento, principalmente pelo seu caráter integrado e completo, além de mais ágil. Em Campinas, o reconhecimento de que melhorou o atendimento - redução de pessoas no Posto, distribuição de medicamentos, programas de prevenção - foi acompanhado da crítica ao reduzido tempo das últimas consultas do dia, não mais que 15 minutos, quando as primeiras duram 2 horas. Em Cel. João Sá, além da satisfação pelo melhor funcionamento do Centro de Saúde, o usuário enfatizou a menor carência de medicamentos e material no Centro: "...hoje, quando falta, a Prefeitura logo providencia a compra".
75. O Conselho Municipal de Saúde de Salvador é composto por 32 membros, sendo 16 representantes de usuários e 16 representantes institucionais, de prestadores e de profissionais de saúde. O Conselho é, por sua vez, descentralizado em 15 Conselhos Locais de Saúde, bastante atuantes, segundo os depoimentos.
76. Salvador, pelos desencontros com a política estadual, não pode avançar mais decididamente para a forma mais autônoma da gestão semi-plena. Já nos pequenos municípios de Itaberá e Cel. João Sá, não enquadrados em nenhuma modalidade de gestão, não houve deslocamento do grau de autonomia.
77. Desde os anos 70 o estado de São Paulo vem implementando programas para a redução da evasão e da repetência nas escolas estaduais, presentes também nos municípios estudados. Entre eles, destaca-se o Ciclo Básico, de 1984, a Jornada Única de 1987 e a Escola-Padrão, de 1992. Desde 1995, nas escolas dos municípios da Comunidade Solidária - Itaberá e Cel. João Sá entre eles - houve reforço de todos os programas pedagógicos e assistenciais. Programas de Capacitação Docente foram implementados pela Secretaria da Educação da Bahia, detectados por exemplo em Cel. João Sá. Em Catú, a Fundação Clemente Mariani há 5 anos atua junto à Prefeitura e às escolas municipais em programas de capacitação docente e material pedagógico.
78. As redes públicas de saúde do estado de São Paulo desde a década dos 70 desenvolvem programas para o grupo-materno infantil. Também iniciativas municipais importantes foram verificadas antes e ao longo da descentralização em Santos e Campinas. Neste último município, o programa de controle da desnutrição infantil atua há mais de dez anos; há dois anos o município implementou um programa de renda mínima para famílias com filhos em idade escolar explicitamente dirigido à redução da desnutrição infantil e da repetência escolar.
79. Criar sistemas regionalizados de verificação da qualidade dos alimentos servidos na merenda escolar é um desafio. Como o é a supervisão de serviços de saúde, que evitem tragédias como as quase 100 mortes no serviço de diálise de Caruaru ou dos 50 bebês que morreram em maternidades contaminadas do Norte e do Nordeste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, J. R. (1994), "Descentralização Fiscal na América Latina: Estudo de Caso do Brasil", CEPAL, Série Política Fiscal, N° 61. Santiago do Chile, CEPAL.
- (1996) "Um Diagnóstico (Breve e Preliminar) do Atual Padrão de Financiamento e Gasto com Educação no Brasil", Brasília, mimeo.
- AFFONSO, R.B. y BARROS P. (org.) (1995), "Desigualdades Regionais e Desenvolvimento", Projeto Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil, São Paulo, Fundap/Unesp
- ALBUQUERQUE, R., KNOOP, J. (1995), "As Políticas Sociais no Brasil: Desafios", in Velloso, Albuquerque e Knoop (1995), Políticas Sociais no Brasil: Descentralização, Eficiência e Equidade, Rio de Janeiro, INAE/ILDES.
- CEPAL/GTZ (1996), "Descentralización Fiscal en America Latina", Santiago de Chile, CEPAL.
- BAHIA (Estado), (1993), "Secretaria Estadual de Saúde. Anuário Estatístico", Salvador, 1994.
- BANCO MUNDIAL.
- BREMAEKER, F. (1996), "Evolução das finanças dos municípios brasileiros", Série Estudos Especiais N° 10, Rio de Janeiro, IBAM/CPU/IBAMCO.
- CAMPINAS (1988), "Prefeitura Municipal de Campinas". Balanço Municipal de 1988. Campinas.
- (1995) "Prefeitura Municipal de Campinas". Balanço Municipal de 1995. Campinas.
- CATU -Município- (1993), "Prefeitura Municipal de Catu". Plano Municipal de Saúde.
- (1995) "Prefeitura Municipal de Catu", Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Plano Decenal de Educação Para Todos: Catú/1994-2004.
- COHN, A (1995), "Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de São Paulo (1989-1992)", CEDEC, Caderno N° 44, São Paulo, CEDEC.
- FIBGE (1995), "Estatísticas da Saúde 1995", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1992), "Anuário Estatístico de 1992", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1980) "Censo Demográfico de 1980", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1991), "Censo Demográfico de 1991", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1987), "Estatísticas da Saúde 1987", Vol. 12. Rio de Janeiro, IBGE.
- (1988) "Estatísticas da Saúde 1988", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1988) "Estatísticas da Saúde", Pesquisa AMS para 1987. Rio de Janeiro.
- (1995) "Estatísticas da Saúde, Pesquisa AMS para 1992", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1995) "Indicadores Sociais: Uma Análise da Década de 1980", Rio de Janeiro: IBGE.
- (1981) "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1981", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1990), "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1990", Rio de Janeiro, IBGE.
- (1995) "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1995", Rio de Janeiro, IBGE.
- IBGE/IPEA. Municípios Selecionados Pelo Programa Comunidade Solidária: Bahia. s.d. (mimeo)
- FOLHA. DE SÃO PAULO, 31/07/94 - A2.
- FOLHA. DE SÃO PAULO, 13/10/1995.
- FOLHA. DE SÃO PAULO, 25/11/1996.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. SUS (1990), Rio de Janeiro: DATASUS.
- (1994) Rio de Janeiro: DATASUS.
- (1995) Rio de Janeiro: DATASUS, 1995.
- GUERRA, O., Gonzalez, H. Sérgio, P. (1996), "Evolução Recente e Perspectivas para a Economia Baiana" in Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza, Vol. 27, N°1, jan/mar.

- GUIMARÃES, L. (1995), "Desigualdades Regionais e Federalismo" in Affonso, Barros Silva, op. cit.
- IPEA. O Mapa da Fome II (1993), "Informações sobre a Indigência por Municípios da Federação", Brasília.
- JUNQUEIRA, L., INOJOSA, R. (1996), "O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo", FUNDAP, São Paulo.
- ITABERÁ (Município) (1995), "Prefeitura Municipal de Itaberá. Balanço Municipal de 1995". Itaberá.
- MÉDICI, A., Maciel, M. (1996), "A Dinâmica do Gasto Social nas Esferas de Governo: 1980-1992", São Paulo, FUNDAP.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (1988), "Sinopse Estatística: Ensino Regular", Brasília.
- (1988), "Sinopse Estatística do Ensino Regular de 1º, 2º e 3º graus". Brasília: MEC.
- NEGRI, B. (1996), "O financiamento da Educação Pública", mimeo, Brasília.
- NEPP/UNICAMP (1996), "Inovações na Unidade Escolar. Projeto Avaliação do Processo de Implementação do Projeto IEB e de algumas Medidas da Escola -Padrão", Relatório N° 9, mimeo.
- (1996b) "Acompanhamento e Avaliação do Programa de Renda Mínima Garantida da Prefeitura de Campinas", Relatório Final, mimeo.
- NEPP/UNICAMP. CATÚ, "Estudo de Caso, Campinas: 1996", mimeo.
- NEPP/UNICAMP. SALVADOR, "Estudo de Caso, Campinas: 1996", mimeo.
- NEPP/UNICAMP (1996), "Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental", Relatório Parcial, NEPP/CEPAL. Campinas, mimeo.
- NEPP/UNICAMP. CEL. JOÃO SÁ, "Estudo de Caso, Campinas, 1996", mimeo.
- PNUD/IPEA (1996), "Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil", Brasília, IPEA.
- SALVADOR (Município), "Prefeitura de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 1994 - 1997".
- (1993), "Prefeitura de Salvador. Secretaria Municipal de Educação. Plano Decenal de Educação Para Todos do Município de Salvador".
- SANTOS (Município), (1988), "Prefeitura Municipal de Santos. Balanço Municipal de 1988", Santos.
- (1995), "Prefeitura Municipal de Santos. Balanço Municipal de 1995", Santos.
- SÃO PAULO (Estado), Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, (1992), "Anuário Estatístico, 1992". São Paulo.
- (1988), Anuário Estatístico - 1988. São Paulo.
- (1994), "Anuário Estatístico, 1994", São Paulo.
- (1993), "Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 1993", São Paulo, SEADE.
- SIMÕES, C. C., "O estudo dos diferenciais na mortalidade infantil segundo algumas características socioeconômicas apud FIBGE", Indicadores Sociais.
- SEI/SEPLANTEÇ, "Bahia: Conjuntura e Planejamento - N° 25, 26 e 27".
- (1995), "O Nordeste e a nova realidade econômica, Série Estudos e Pesquisas" N° 25, Salvador, outubro.
- (1995), "Retrospectiva 1995 e Perspectivas", Vol. 5 N° 3, dezembro.
- TAVARES DE ALMEIDA, M. H. (1995), "Políticas Sociais e Federalismo no Brasil", Revista Brasileira de Ciências Sociais N° 24, ANPOCS, São Paulo.
- VIANNA.A.A.(1994), "A Política de Saúde: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudanças no Modelo SUS, Políticas Sociais e Federalismo", Projeto Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil, São Paulo, FUNDAP (em preta).

SERIE REFORMAS DE POLITICA PUBLICA*

- 1 Economía y economía política de la reforma comercial colombiana. Autor: José Antonio Ocampo. Abril de 1993, (LC/L.726).
- 2 Inestabilidad macroeconómica y flujos de comercio en Argentina, 1978-1991. Autor: Adolfo Canitrot. Abril de 1993, (LC/L.732).
- 3 A political economy analysis of import tariff policy in Brazil: 1980-1988. Author: Renato Baumann. May 1993, (LC/L.733).
- 4 La reforma del régimen comercial en México durante los años ochenta: sus efectos económicos y dimensiones políticas. Autor: Jaime Ros. Abril de 1993, (LC/L.743).
- 5 Economía política de la apertura comercial chilena. Autor: Patricio Meller. Abril de 1993, (LC/L.744).
- 6 The political economy of trade and industrial policy reform in Brazil in the 1990s. Authors: Winston Fritsch and Gustavo H.B. Franco. June 1993, (LC/L.762).
- 7 Reformas tributarias en Argentina. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.763).
- 8 Reformas tributarias en Bolivia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.764).
- 9 Reformas tributarias en Chile. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.765).
- 10 Reformas tributarias en Colombia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.769).
- 11 Reformas tributarias en Costa Rica. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.770).
- 12 Reformas tributarias en México. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.771).
- 13 Reformas tributárias na América Latina durante os anos 80: o caso do Brasil. Autores: Sulamis Dain y Patricia Fesch Menandro. Agosto de 1993, (LC/L.772).
- 14 Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Autora: Sônia Miriam Draibe. Septiembre de 1993, (LC/L.774).
- 15 Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y Marta T.S. Arretche. Septiembre de 1993, (LC/L.775).
- 16 Brasil: a reforma do sistema de saúde. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y María Helena G. de Castro. Noviembre de 1993, (LC/L.783).
- 17 La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes. Autora: Ana Sojo. Noviembre de 1993, (LC/L.784).
- 18 Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Autores: Ludwig Güendel G. y Juan Diego Trejos S. Enero de 1994, (LC/L.813).
- 19 La política social en Chile: panorama de sus reformas. Autores: Dagmar Raczynski y Rossella Cominetti. Enero de 1994, (LC/L.814).

* Por ejemplares, escribir a la División de Documentos y Publicaciones, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago.

- 20 Gasto social y ajuste fiscal en América Latina. Autora: Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.819).
- 21 Las privatizaciones en la Argentina: impactos micro y macroeconómicos. Autores: Pablo Gerchunoff y Guillermo Cánovas. Abril de 1994, (LC/L.820).
- 22 Las privatizaciones de las telecomunicaciones en Argentina. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M.R. Schiappacasse. Abril de 1994, (LC/L.821).
- 23 La privatización de Aerolíneas Argentinas. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M. Olmos. Abril de 1994, (LC/L.822).
- 24 Privatización y desregulación del sector petrolero en Argentina. Autor: Pablo Gerchunoff. Mayo de 1994, (LC/L.845).
- 25 Privatización, apertura y concentración: el caso del sector siderúrgico argentino. Autores: Pablo Gerchunoff, Carlos Bozzalla y Juan Sanguinetti. Julio de 1994, (LC/L.847).
- 26 La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social. Autores: Robert Devlin y Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.832).
- 27 Reseña de reformas de políticas sociales en Colombia. Autor: Hernán Jaramillo. 1994, (LC/L.848).
- 28 La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización. Autor: Carmelo Mesa-Lago. Julio de 1994, (LC/L.849).
- 29 The divestiture of Telmex. Author: Inder Ruprah. November 1994, (LC/L.871).
- 30 La macroeconomía de América Latina: de la crisis de la deuda a las reformas estructurales. Autores: Mario Damill y José María Fanelli. Diciembre de 1994, (LC/L.874).
- 31 Divestiture and deregulation of public enterprises: the Mexican case. Author: Inder Ruprah. December 1994, (LC/L.875).
- 32 Privatization in Latin America: from myth to reality. Author: Gaciana del Castillo. 1995, (LC/L.880).
- 33 The privatization of Mexicana (CMA). Author: Inder Ruprah. March 1995, (LC/L.883).
- 34 Las dimensiones políticas de la reforma económica en México. Autora: Blanca Heredia. Marzo de 1995, (LC/L.885).
- 35 Las etapas de la liberalización de la economía colombiana. Autor: Andrés López Restrepo. Marzo de 1995, (LC/L.886).
- 36 Democracia, reformas económicas y gobernabilidad en Bolivia. Autor: Eduardo A. Gamarra. Mayo de 1995, (LC/L.894).
- 37 Reforma econômica, democratização e ordem legal no Brasil. Autora: Lourdes Sola. 1995, (LC/L.910).
- 38 La experiencia de privatización y capitalización en Bolivia. Autor: Mario Requena. 1996, (LC/L.962).
- 39 Análisis de las reformas a la Industria Eléctrica en Bolivia y Nicaragua. Autor: Fernando Cuevas. Agosto de 1996 (LC/L.961).
- 40 Bolivia: Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.963).
- 41 Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones en Nicaragua. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.960).
- 42 La privatización en la Industria Manufacturera en Nicaragua: evidencia de estudios de caso para evaluar el impacto en la eficiencia y equidad. Autor: Rudolf Buitelaar. Agosto de 1996, (LC/L.959).
- 43 La Privatización y el marco regulatorio en Bolivia y Nicaragua: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti. Agosto de 1996, (LC/L.973/add.1).
- 44 La economía política de la privatización en Nicaragua. Autor: Mario De Franco. Septiembre de 1996, (LC/L.986).