

DOCUMENTOS DE APOIO
AO RELATÓRIO SOBRE O
DESENVOLVIMENTO
HUMANO NO BRASIL
1996

AMÉLIA CONH

1/26

Amélia Cohn

Descentralização e políticas sociais: Para onde apontam as experiências nas áreas de saúde e educação.

DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS SOCIAIS: PARA ONDE APONTAM AS EXPERIÊNCIAS NAS ÁREAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Amélia Cohn

A literatura a respeito da descentralização registra que ela tende a emergir nas conjunturas de transição e consolidação democráticas e a submergir nos períodos autoritários e ditatoriais. No geral liderada por setores progressistas da sociedade, essa emergência do tema vem acompanhada do privilegiamento da criação de novos espaços institucionais de participação social com poder deliberativo, entendida como estratégia política que, além de possibilitar maior eficiência da gestão pública, amplia as oportunidades de acesso ao poder de novos sujeitos sociais. Em resumo, a descentralização é concebida como mecanismo que, por favorecer a ampliação do espaço público, associa-se quase que de modo imediato à democratização política e social.

No entanto, a defesa da descentralização também vem sendo praticada pelos principais órgãos internacionais de fomento ao desenvolvimento, que a concebem, fundamentalmente, como um dos mecanismos centrais dos países periféricos para promover a diminuição do déficit público e a estabilização da economia, componentes fundamentais do processo de ajuste estrutural dessas economias, em obediência aos ditames da globalização.

Partindo-se dessas duas perspectivas, que diferem entre si na ênfase da perspectiva privilegiada quando da defesa da descentralização - enquanto a primeira valoriza a dimensão propriamente política, a segunda privilegia a dimensão da racionalidade econômica - sobretudo no que diz respeito aos processos de descentralização das políticas sociais ganha relêvo a necessidade de se buscar a articulação dessas duas dimensões.

Em consequência, o tema da descentralização das políticas sociais, ao estar necessariamente vinculado à eficiência e à equidade, traz consigo não só a dimensão da busca de se imprimir maior racionalidade àquelas políticas setoriais (quer do ponto de vista da relação custo/benefício, quer da adequação dos benefícios e serviços prestados às reais necessidades da população-alvo, quer do ponto de vista da universalidade) como também a dimensão mais estritamente política, em que ao possibilitar e favorecer maior controle público sobre a administração local, aponta para a diversificação de espaços de participação de distintos atores sociais, que através dessa prática vão progressivamente constituindo-se em cidadãos e praticando a cidadania ativa.

Não se trata, portanto, de sobrepor uma dimensão desse processo à outra - a econômica e a política -, mas de detectar como ambas vêm se articulando na forma pela qual o

processo de descentralização das políticas sociais no Brasil vem sendo implementado no período mais recente.

A HERANÇA DO PERÍODO AUTORITÁRIO E DA TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA

O aparato institucional responsável pelas políticas sociais até o ano da promulgação da nova Constituição -1988 - pode ser caracterizado como um somatório desarticulado de instituições, em todos os níveis de poder, responsáveis por políticas setoriais absolutamente segmentadas, sobrepondo clientelas e competências, pulverizando e desperdiçando recursos provenientes de uma diversidade desordenada de fontes, redundando num sistema de proteção social altamente centralizado na esfera federal, ineficiente e iníquo. Tudo isso regido por um conjunto confuso e ambíguo de regulamentos e regras.

De fato, a ambiguidade dos termos e conceitos presentes na Constituição anterior - de 1969, portanto forjada no período autoritário - fundamenta a concentração absoluta de poderes e recursos financeiros nas instituições federais, definindo atribuições e competências residuais para o nível estadual, e definindo para os municípios atribuições de interesse local específico. Como consequência dessa centralização das políticas sociais no âmbito da esfera federal resulta, portanto, a delimitação das competências das esferas subnacionais como restritas à execução de alguns serviços na área social. Mas é também com esse texto constitucional que se consolidam as denominadas "competências concorrentes" na área social, fato não suplantado de forma satisfatória pela atual Constituição em vigor, como se verá.

No que diz respeito aos recursos financeiros, e portanto à possibilidade de as distintas esferas de poder arcarem com responsabilidades na área social, enquanto a década de 60 assiste uma reforma do sistema tributário concentrando recursos e poderes na esfera federal, a partir do final da década de 70 ocorre uma ampliação progressiva da parcela tributária nacional destinada a estados e municípios através do aumento das transferências para os fundos estaduais e municipais de participação. Neste caso, a Constituição de 1988 consolida esta tendência.

Do ponto de vista administrativo, o arcabouço institucional montado durante os anos 60 vai sendo paulatinamente destruído, sem que esse vazio dê margem a uma nova ordenação das relações administrativas entre as três esferas de governo. Como consequência, persiste o caráter multifacetado da administração pública nessas esferas, exacerbando-se no interior de cada uma delas, e entre elas, a disputa entre diferentes órgãos e autoridades, seja por recursos seja por competências específicas.

Aumenta a complexidade desse quadro na área social o fato de, sobretudo a partir da década de 70, ocorrer tanto uma extensão dos benefícios sociais a setores até então excluídos do sistema de proteção social, e na maior parte das vezes sem previsão de fonte adicional de receita, como uma ampliação da oferta de serviços sociais básicos através da crescente privatização desses setores, em decorrência da própria política estatal. No que diz respeito à

prestação de serviços sociais, a assistência médica e a educação constituem exemplos paradigmáticos.

Como resultado desse conjunto de fatores, a nova ordem democrática herda um sistema de proteção social que pode ser assim caracterizado, independentemente das especificidades dos distintos setores que a compõem:

a) *um sistema altamente centralizado*, em que a definição de prioridades e de diretrizes é ditada pelo nível federal, na maioria das vezes pelo poder Executivo, cabendo a Estados e municípios fundamentalmente o papel de executores daquelas diretrizes, restando-lhes nesse sistema altamente verticalizado pouca autonomia e reduzida possibilidade para formularem políticas sociais próprias mais adequadas à sua realidade local.

b) *um sistema acentuatamente privatizado*, na medida em que crescentemente os serviços prestados passam a ser realizados pelo setor privado, configurando-se o Estado como o principal sustentáculo e financiador - através da compra direta ou de subsídios indiretos - de um mercado cativo para os prestadores de serviços privados.

c) *um sistema com clara divisão de trabalho entre os setores públicos e privados de prestação de serviços*, cabendo ao setor público serviços mais onerosos e o atendimento à população mais carente, e ao setor privado os serviços de maior rentabilidade e o atendimento de uma clientela mais diferenciada, vinculada à previdência social. Neste caso, esta clientela constitui-se num "mercado cativo" para o setor privado - lucrativo ou filantrópico - na medida em que seus serviços são comprados pelo Estado através de credenciamentos e convênios para atenderem aquela clientela. Isso imprime um traço específico a esse setor privado, que acaba por se consolidar e capitalizar protegido da competitividade e do risco inerentes ao próprio mercado.

d) *um sistema altamente oneroso*, na medida em que o predomínio da racionalidade do setor privado acaba relegando para o setor público tanto aquela parcela de serviços mais onerosos e de maior complexidade quanto a assistência às populações socialmente mais vulneráveis, vale dizer, mais despossuídas de recursos.

e) *um sistema profundamente discriminatório e injusto*, dado que o acesso aos benefícios e serviços, neste caso sobretudo àqueles de maior complexidade e portanto mais onerosos, é diferenciado por nível de renda e/ou por inserção no mercado de trabalho, que acabam na prática por se transformarem em critério de acessibilidade.

f) em consequência, *um sistema crescentemente distante das reais necessidades da grande maioria da população brasileira*, configurando um padrão de "universalização excludente", em que a expansão da cobertura é altamente estratificada e vem acompanhada de uma queda de qualidade e eficiência, até pela própria incapacidade de regulação e de fiscalização do próprio Estado. Mesmo no caso de programas sociais de caráter focalizado, privilegiando grupos socialmente mais vulneráveis, na maior parte das vezes o acesso dos segmentos mais pobres dentre os pobres a esses programas acaba sendo proporcionalmente menor do que daqueles menos pobres, ou mesmo dos não pobres.

g) *um sistema com marcadas distorções na sua forma de financiamento*, associando baixa eficiência a uma fragmentação excessiva das fontes de financiamento, provenientes de recursos

fiscais e tributários, complementadas por outras de mais variada natureza, além de diferenciadas quanto à sua vinculação ou não a gastos específicos conforme a política setorial, e no seu interior, conforme cada subsetor que a compõe. Neste último caso, por exemplo, no setor saúde, programas de ações coletivas e assistência médica individual. Mas como regra geral sempre prevalece na execução orçamentária a lógica da não prioridade para a área social quando se trata de recursos fiscais não vinculados setorialmente pela constituição. Assim, até o final da década de 80 predominam as transferências de recursos federais destinados à área social para as demais esferas subnacionais através de repasses negociados, acabando por configurá-los na execução orçamentária como funções de menor prioridade.

h) *um sistema desarticulado e segmentado*, compondo um somatório de políticas e programas sociais justapostos, quando não sobrepostos, comprometendo radicalmente sua eficiência e eficácia. Financiado por fontes de recursos pró-cíclicas e/ou altamente instáveis, grande parte desse conjunto de políticas e programas sociais, sobretudo aqueles que não contam com qualquer vinculação a fonte de recursos, caracteriza-se pelo seu alto grau de descontinuidade, apesar de no geral bastante institucionalizados.

i) em decorrência, *um sistema impermeável ao controle público*, seja pelo seu alto grau de centralização, seja pela ausência de canais institucionalizados de participação social e de controle público, tornando-se o Estado - vale dizer, o Executivo - no agente que formula, implementa e avalia suas próprias políticas.

A DESCENTRALIZAÇÃO NO PERÍODO DA CONSOLIDAÇÃO DEMOCRÁTICA

A Constituição de 1988 define os municípios como membros da Federação, constando de seu artigo 18 que "a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios, todos autônomos...". Associa-se, a partir de então, descentralização à municipalização, vinculando-a ao processo de autonomização das distintas unidades subnacionais entre si.

O processo de descentralização desse período recente coincide com o fortalecimento dos Estados e municípios frente ao poder central, que lograram inverter o desequilíbrio existente no período autoritário, apropriando-se a partir da promulgação do novo texto constitucional de considerável recursos da União através dos Fundos de Participação Estadual e Municipal.

Mas não obstante a interpretação largamente partilhada, sobretudo da perspectiva do governo federal, de que o novo texto constitucional descentralizou recursos mas não descentralizou encargos, reflexo de uma transformação não concluída - ou em construção - de um novo sistema federativo brasileiro e a consequente redefinição das competências e atribuições na área social dos distintos níveis de poder, o fato é que, tal como já ocorrera em 1969, a atual Constituição não define com clareza uma hierarquia dessas competências. E tampouco os Estados e Municípios revelaram-se capazes de definir com precisão suas atribuições diante das cerca de 30 competências concorrentes lá estipuladas, a grande maioria

delas na área social. Destacam-se aqui os setores da saúde e da educação por terem essas competências definidas de forma um pouco mais precisa, embora ainda do modo absolutamente insuficiente, como se verá.

Por outro lado, no que diz respeito ao sistema tributário, o novo texto constitucional atribui a Estados e municípios ampla autonomia para legislar e arrecadar tributos próprios, tendo sido igualmente reforçada sua autonomia para orçar, gerir, dispende e fiscalizar seus recursos. Ao conjunto desses recursos somam-se aqueles provenientes das transferências para os Fundos de Participação, bem como aqueles provenientes dos repasses de recursos de contribuições sociais.

Esse novo desenho político-institucional, no entanto, ao mesmo tempo que revela avanços significativos no que diz respeito à descentralização fiscal - possibilitando a Estados e municípios promoverem uma política de ajuste fiscal, não ficando na dependência estrita das transferências constitucionais -, também revela tendências de essas unidades subnacionais oporem resistências a assumir funções que a nova lei - ainda que de modo pouco preciso - lhes atribui. Fato compreensível, na medida em que apesar das transferências constitucionais de recursos federais para essas instâncias, a ausência de garantias e de critérios claros para os repasses de recursos provenientes das contribuições sociais e vinculados a determinadas políticas setoriais transforma em alto risco político Estados e municípios assumirem a responsabilidade por uma demanda historicamente reprimida na área social, e sem a correspondente fonte de custeio.

De fato, a experiência recente vem demonstrando que não só esses recursos federais vêm sendo frequentemente reorientados para a política econômica de curto prazo, como na maioria das vezes esses repasses acabam sendo financeiramente irrelevantes, fragmentados em inúmeros projetos e programas, e sendo pagos irregularmente, no geral com atraso.

No entanto, um balanço desse período mais recente registra um crescimento dos gastos estaduais e municipais na área social, devido à transferência do gasto do nível central para esses níveis e ao aumento da disponibilidade de suas respectivas receitas tributárias, mas também - e talvez sobretudo - pelo fato de Estados e municípios verem-se obrigados a suprir parte da demanda por serviços públicos que deixou de ser atendida pelo nível federal. A título de exemplo, a comparação entre a execução orçamentária dos governos municipais entre os anos de 1988 e 1992, relativa somente à administração direta, indica um aumento da despesa total da ordem de US\$9,4 bilhões, sendo que deste montante 22% foram destinados à função educação e cultura, 16% a saúde e saneamento, 14% a habitação e urbanismo, e 12% a transporte.

Por outro lado, é importante registrar que, paralelamente à ampliação da participação de Estados e municípios nos recursos fiscais, o processo de descentralização vem implicando uma desconcentração regional de receitas e gastos, fato fundamental num país com profundas desigualdades regionais. A partir de 1988, a receita tributária disponível dos governos subnacionais vem registrando taxas de expansão mais acentuadas nas regiões menos desenvolvidas: comparando-se aquele ano com o de 1991, por exemplo, enquanto os recursos

tributários disponíveis de Estados e municípios do Sul e Sudeste do país cresceram em média 9% ao anos, no Nordeste cresceram em média 10%, no Centro-Oeste 12%, e na região Norte 21%.

Esse processo de descentralização, no entanto, não resulta de uma política de Estado, produto de um projeto previamente formulado e negociado politicamente, mas de um conjunto desorganizado, fragmentado e inorgânico de programas e/ou projetos governamentais. Em consequência, as experiências recentes de descentralização, marcadas de um lado pela transição democrática de caráter conservador associada à crise econômica e à crise fiscal do Estado, e de outro pela ampliação dos direitos sociais, associada à presença de interesses particulares e corporativos, acabam trazendo consigo os próprios constrangimentos e limites que restringem sua implementação como um processo que *de per se* garanta a eficiência e a equidade na área social e configure o poder local como espaço privilegiado do exercício da democracia.

Essa ausência de uma política de descentralização claramente definida orientando, a partir do nível central, as reformas dos diferentes setores da área social, faz com que sejam as lógicas específicas e os interesses particulares e privados presentes em cada setor que acabem por definir a redistribuição de competências e atribuições entre os distintos níveis da federação. Disso decorre um padrão altamente diferenciado e heterogêneo na implementação da descentralização conforme as distintas políticas setoriais da área social.

Tal fato explica um aparente paradoxo: ao mesmo tempo que todos os setores da área social envolvendo financiamento das três esferas de governo vêm apresentando uma curva crescente dos gastos estaduais e municipais nessas funções, as experiências mais recentes de descentralização apontam que fundamentalmente acabam sendo as especificidades - sobretudo locais - que imprimem a elas um sentido progressista e moderno, ou conservador e arcaico. Vale dizer, em que pese a liderança dos setores progressistas do país na defesa da descentralização, entendida como uma estratégia de democratização das relações entre Estado e sociedade civil e de reestruturação do próprio Estado no sentido de imprimir maior eficiência na prestação e maior equidade no acesso aos serviços sociais básicos, é a configuração das forças políticas e do jogo de interesses locais que ganha peso na definição do perfil de intervenção na área social: a reprodução do velho padrão clientelista ou a construção de um novo, de cunho progressista .

Um breve balanço setorial

a) *assistência social*. Exemplifica aqueles casos que menos avançaram no processo institucional de descentralização, ao mesmo tempo que paradoxalmente aponta para a possibilidade de mudanças significativas ao apresentar experiências de novas parcerias com a sociedade.

Parte integrante do capítulo constitucional da Seguridade Social, sua regulamentação data de 1993, quando é sancionada a LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social. A preocupação central desse instrumento legal reside, fundamentalmente, no estabelecimento de

um novo modelo de assistência social, constituindo-a como um direito, assegurado por uma nova concepção de assistência social e por novos mecanismos participativos de decisão.

Com parcela significativa de recursos para seu financiamento oriunda da esfera federal, o modelo institucional proposto para a descentralização apresenta ambiguidades na distribuição de competências entre as três esferas de poder, apesar de diferenciar para o nível central atribuições de caráter mais normativo e regulador do que propriamente de execução.

No entanto, por ser um setor tradicionalmente marcado por fortes interesses conservadores e clientelistas, o próprio nível central -seja no âmbito do Executivo, seja do Legislativo - tende a opor resistências frente à potencial transferência de poder para Estados e municípios. Na outra ponta, apesar da presença de uma ampla área de competências concorrentes na prestação de serviços assistenciais, para as esferas subnacionais assumir encargos adicionais antes sob responsabilidade federal representa um alto risco político frente à falta de clareza sobre mecanismos de repasse de recursos federais para essa função. Esses mecanismos, no geral sob a forma de repasses negociados através de convênios, já demonstraram sua instabilidade e sua permeabilidade a injunções econômicas e políticas da mais variada natureza.

Mas ao mesmo tempo que o setor apresenta poucos avanços no processo de descentralização e impactos extremamente modestos no sentido da sua racionalização e modernização, sobretudo no que se refere ao âmbito das instituições estatais, numerosas iniciativas advindas da própria sociedade (o Programa de Combate à Fome e à Miséria, por exemplo), e por vezes do Legislativo (o Projeto de Renda Mínima, por exemplo) e do Executivo (o recente Programa da Comunidade Solidária pode vir a se constituir num exemplo desse tipo), acabam por reforçar a urgência de reformulações dessa política setorial, redefinindo as atribuições do Estado - nos três níveis - a partir de uma nova concepção de política de assistência social, nucleada agora no conceito de cidadania. Esta possibilidade, no entanto, defronta-se com um padrão de ação da esfera federal marcado por um alto grau de centralização das decisões e por uma pulverização de recursos na execução de inúmeros programas, no geral executados por entidades conveniadas da mais variada natureza.

b) *habitação*. As experiências deste setor exemplificam aqueles casos em que a redefinição das funções, no sentido da descentralização, exercidas pelas distintas esferas de poder decorre de um processo de desarticulação progressiva da esfera federal no setor. Aqui, portanto, ocorre um processo em que surgem inúmeras e diferenciadas iniciativas estaduais e municipais frente à crescente omissão do poder central.

Neste caso específico, favorece a descentralização um conjunto de fatores: a ausência no marco legal-institucional de reformulações redistribuindo as competências das distintas esferas de governo; a redução drástica de recursos da esfera federal destinados ao setor (os recursos do FGTS, sua principal fonte de financiamento, em 1992 representam apenas 30% do montante alocado em 1980, correspondendo a 90,6% do total de recursos destinados ao setor); o fato de as esferas estaduais e municipais verem-se estimuladas a investir no setor dada sua visibilidade política, sendo frequente esses investimentos assumirem um perfil clientelista e

eleitoreiro; e, a experiência já acumulada de atuação destas esferas no setor, uma vez que a política habitacional do período anterior, altamente centralizada política e financeiramente no âmbito federal, delegava às esferas subnacionais acentuada autonomia na gestão desses programas, seja na seleção do público-alvo, seja na contratação de empresas de construção civil, seja nas formas de financiamento de moradias.

Identificam-se, no entanto, tendências distintas nos perfis de atuação de Estados e municípios: até por disporem de um volume relativamente maior de recursos orçamentários, no geral as políticas estaduais orientam-se para a ampliação da oferta de moradias populares, com mecanismos próprios de financiamento; no caso das políticas municipais, elas tendem a realizar programas orientados para a urbanização de favelas, regularização de lotes urbanos, assessoria e apoio a projetos de autoconstrução de moradias.

Em ambos os casos, no entanto, essas políticas e programas uma vez implementados dificilmente institucionalizam-se e têm continuidade findos os governos, sofrendo a cada período de mandato significativas mudanças de prioridades, seja do ponto de vista da lógica do seu financiamento, seja do ponto de vista da definição do público-alvo, seja do ponto de vista da contratação de empresas da construção civil.

Esse alto grau de instabilidade dessas políticas e programas, associado à ausência de suporte de recursos para seu financiamento provenientes da esfera federal, acaba por resultar numa situação paradoxal: a convivência da convergência entre os mais distintos setores - de movimentos populares por habitação a bancos privados, passando por parlamentares e instituições públicas - na afirmação e no reconhecimento da necessidade de uma política nacional de habitação, que coordene e apoie o processo de descentralização, com a presença de uma multiplicidade de experiências estaduais e municipais com baixa eficiência no atendimento das necessidades dos setores mais pobres da população. As desigualdades de disponibilidade de recursos orçamentários, de capacitação técnica e operacional, de magnitude e complexidade das demandas e necessidades entre e no interior das regiões e das distintas esferas subnacionais acabam, neste caso, sendo reafirmadas.

Dessa forma, as experiências descentralizadas desse setor, em que as iniciativas das esferas subnacionais substituem de certa forma funções que deixaram de ser exercidas pelo nível central, reafirmam a importância de uma política nacional de descentralização que coordene e normatize, participando do financiamento sempre que necessário, esse processo, para que as políticas sociais assumam um caráter efetivamente redistributivo.

c) *educação*. Em nossa sociedade este setor assume importância estratégica no interior das políticas sociais quando referidas à busca de maior equidade e de superação da pobreza. Isso tanto do ponto de vista da renda como do ponto de vista da cidadania, dado que a situação de pobreza, enquanto insuficiência de renda, é agravada quando a ela se associa a carência de acesso a bens e serviços básicos. E análises recentes sobre a pobreza no Brasil mostram que dentre uma série de características, o nível educacional do(a) chefe de família constitui aquela que mais fortemente se associa à pobreza. Não obstante, também neste caso constata-se a

ausência de uma política federal de descentralização da educação que imprima ao setor maior eficiência e equidade.

E tal como nos casos anteriores, no que diz respeito à redistribuição de competências entre as distintas esferas de poder, a uma grande diversidade de experiências nas esferas subnacionais contrapõe-se o fato de as alterações de ordem institucional-legal terem sido insignificantes. Determina a Constituição de 1988 tão somente que os diferentes níveis de poder organizem seus respectivos sistemas de ensino "em regime de colaboração", estabelecendo que os municípios atuem prioritariamente na rede pré-escolar e no ensino fundamental.

Embora esse instrumento legal não defina competências exclusivas de cada esfera, ele reafirma a vinculação de recursos ao setor, existente desde 1983. Desde então, o nível federal deve aplicar no mínimo 13% e as demais unidades subnacionais no mínimo 25% da receita de impostos, incluída nestes casos aquela proveniente das transferências federais. A partir de 1988, o percentual da União passa a ser de 18%.

A educação conta ainda com recursos provenientes de contribuições sociais, sobretudo o salário-educação. Na realidade, este constitui a maior fonte de recursos para o ensino fundamental. Provenientes da contribuição compulsória de 2,5% sobre a folha de salários pagos das empresas vinculadas à previdência social, esses recursos são centralizados no Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), que repassa 2/3 do total arrecadado aos Estados de origem (não estando previsto seu repasse para municípios caso estes assumam os equipamentos estaduais), sendo que 25% do restante destina-se a programas municipais e intermunicipais no ensino fundamental. Neste caso específico, os recursos centralizados no âmbito federal são repassados após análise dos projetos de iniciativa municipal ou estadual apresentados, o que imprime graves distorções na sua alocação. Isso porque as disparidades regionais e aquelas existentes entre e no interior das unidades subnacionais tendem a ser reafirmadas, seja pela baixa competitividade técnica e operacional das mais carentes, seja porque os projetos enviados para terem possibilidade de aprovação procuram responder mais às prioridades das fontes financiadoras do que às reais necessidades locais. De qualquer forma, pequena parcela desses recursos vêm sendo repassados para as instâncias municipais no desenvolvimento do ensino fundamental.

Essa modalidade de financiamento do setor, em que prevalecem as transferências negociadas, através de convênios, e em que a esfera federal continua mantendo o controle sobre volume significativo de recursos, faz com que o processo de descentralização acabe dando margem a uma enorme diversidade de possibilidades, tanto no que se refere à relação público /privado como à universalidade e equidade, uma vez que: a vinculação de recursos ao setor não obedece a uma lógica definida pela racionalidade setorial; na maioria dos casos, sobretudo até 1990, a execução orçamentária das unidades subnacionais não atinge os percentuais estabelecidos, principalmente no caso dos municípios mais carentes que por não disporem de recursos próprios ficam na dependência das transferências federais; a lógica da simples partilha prevalece no repasse daqueles recursos sob controle federal, como é o caso do salário-educação.

Mas enquanto a gestão do financiamento continua sendo altamente centralizada, as redes de ensino estadual e municipal caracterizam-se pelo seu alto grau de descentralização, configurando-se os Estados como os principais responsáveis pelo ensino fundamental e de nível médio, e os municípios pela educação infantil.

E embora nos anos mais recentes o volume do conjunto de gastos em educação - cerca de 4,2% do PIB - nos classifique numa posição mediana frente aos demais países, não caracterizando uma escassez absoluta de recursos para o setor, e a oferta disponível de matrículas corresponda a uma cobertura de cerca de 85% da população entre 7 e 14 anos de idade, as deficiências do sistema nacional de ensino são gritantes. Essas deficiências básicas residem sobretudo nas disparidades da distribuição da rede de ensino em termos regionais e rural/urbano, na baixa qualidade do ensino e no baixo nível de rendimento escolar, agravadas pela sobreposição e desvios de funções de cada nível de poder (o nível federal envolvendo-se com a construção de escolas para o ensino fundamental e com a administração universitária, além de ser sua competência funções de apoio, como merenda escolar e livros didáticos, e a esfera estadual atuando nos níveis universitário e fundamental, por exemplo). Mas talvez a característica mais perversa do sistema educacional brasileiro resida no fato de as taxas de crescimento do ensino fundamental ao universitário não obedecerem a uma evolução progressiva, como é o caso da experiência internacional, mas evoluírem independentemente uns dos outros. E como resultado desse seu padrão histórico de desenvolvimento acaba havendo uma priorização do ensino de nível universitário em detrimento dos demais níveis, comprometendo o acesso dos setores mais carentes ao ensino fundamental.

Quanto às disparidades regionais, elas podem ser evidenciadas tomando-se os gastos com a função educação por região. No período 90-92, a região que mais aplica no setor é a Sudeste, com o maior contingente de alunos; a seguir a região Sul, com o terceiro maior contingente de alunos. Em ambos os casos o financiamento se dá basicamente com receitas próprias, representando os recursos federais cerca de 10% da despesa. A região Nordeste ocupa a terceira posição, tendo o segundo maior contingente de alunos. Neste caso os recursos federais representam 66% do total de gastos, o que traduz a dependência da região (não uniforme pelos Estados que a compõem) com relação a esses recursos. A seguir vêm as regiões Centro-Oeste e Norte.

Partindo-se portanto dessas três características gerais do setor - *centralização da gestão da principal fonte de financiamento, descentralização de rede ensino, e um perfil de gasto, em termos de volume de recursos, em que o nível estadual é aquele que mais gasta com essa função, seguido do nível federal e do nível municipal* - as experiências de descentralização em educação desse período mais recente podem ser sistematizadas em três modalidades principais:

- um primeiro conjunto de iniciativas caracterizando-se pela desconcentração das estruturas administrativas, reduzindo as instâncias intermediárias entre governo e unidades de ensino. Isso significa delegação de diversas atividades para órgãos regionais ou celebração de convênios específicos do Estado com municípios orientados para diferentes programas de ação, como é o caso da merenda escolar; em alguns casos associa-se o fortalecimento da autonomia das

unidades de ensino como mecanismo de reduzir a ação das instâncias burocráticas centrais do nível estadual. Os Estados de São Paulo e Minas Gerais representam esse conjunto.

- um segundo conjunto de iniciativas caracteriza-se pela predominância do processo de municipalização da rede de ensino, compreendendo desde a gestão de toda rede escolar até a efetiva transferência dos equipamentos estaduais; em alguns casos associa-se o movimento de desconcentração, ocorrendo o repasse de recursos financeiros para unidades de ensino. O Estado do Paraná representa esse conjunto.

- um terceiro conjunto de iniciativas caracteriza-se pelo incentivo à formação de parcerias estreitando a interrelação público/privado e criando-se mecanismos de co-responsabilização envolvendo setores da sociedade civil, como no caso de gerenciamento de unidades de ensino através de cooperativas. Experiências em municípios do Paraná, Pernambuco e Espírito Santo representam esse conjunto.

Embora o conjunto dessas experiências não configure um processo consistente de descentralização, ele evidencia no entanto a ênfase dada à unidade escolar nesse processo, sobretudo no que diz respeito à busca de novos mecanismos para a democratização da gestão. Deixa evidente, ainda, o peso da instância estadual nesse processo, dado o predomínio da rede estadual no ensino fundamental. Isso não isenta, no entanto, a necessidade de uma delimitação clara das competências das distintas esferas de poder, tanto no que diz respeito ao financiamento, como ao apoio na capacitação de quadros profissionais. A questão central aqui reside na necessidade de definição de competências de caráter cooperativo - financeiro e de apoio técnico na formação de profissionais - para a ampliação das redes de ensino fundamental localizadas nos municípios, uma vez que a maior parte delas é custeada com alta participação dos orçamentos locais, sendo que os municípios de pequeno e médio porte no geral sequer possuem uma rede própria de estabelecimentos.

Esse quadro configura uma situação em que, embora não se exclua a função normatizadora e reguladora, mas sobretudo redistributiva, do nível central no processo de descentralização, dada a diversidade de situações na gradação da dependência de Estados e municípios dos recursos federais, o papel dos Estados assume importância estratégica. Isso, por sua vez, aponta para uma diversidade de situações dadas as distintas constelações político-partidárias das unidades federadas, em particular no que diz respeito à sua composição municipal com relação ao seu respectivo Estado. Em consequência, a diversidade de processos nacionais nas redefinições de responsabilidades sobre o ensino fundamental, apesar de permeados pela presença de resistências de tipo corporativo e burocrático, testemunha o peso da vontade política dos diferentes governos aí presente, o que por sua vez imprime a essas experiências um alto grau de descontinuidade.

d) *saneamento*. Neste setor a descentralização já é um fato, tanto do ponto de vista da "estadualização" como da "municipalização" dos serviços. Dados da execução orçamentária de 1992 mostram que a despesa do Tesouro Nacional com saneamento representa 46,3% da despesa realizada somente pelo município de São Paulo, sendo que a soma das despesas dos

demais municípios representa um volume de recursos 6 vezes maior do que aquela do município paulista.

Na década de 60 o saneamento básico é responsabilidade exclusiva - à exceção da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública - dos municípios, não existindo sequer uma política unificada de financiamento. É somente a partir do final dessa década que surge a preocupação com uma articulação nacional do setor, sendo instituído em 1968 o Sistema Financeiro de Saneamento, com o objetivo central de fortalecer os sistemas estaduais de saneamento. Em 1971 é formulado o Plano Nacional de Saneamento. Apesar de pretender que os recursos do SFS fossem aplicados preferencialmente pelos municípios, na prática sua implementação resulta numa limitação do acesso direto dos municípios a esses recursos, na medida que ele se dá mediante concessão desses serviços às empresas estaduais de saneamento.

Desse processo resultam uma evolução significativa dos índices de atendimento por saneamento básico e um fortalecimento da competência estadual no setor, à exceção da coleta de lixo, tradicionalmente de responsabilidade municipal. Chega-se ao final da década de 80 com o seguinte balanço: em que pesem as disparidades regionais e por tamanho de municípios, a presença estadual no abastecimento de água ocorre em quase 80% dos casos, complementada pela esfera municipal, sendo que a presença federal e de empresas particulares é praticamente nula. Quanto ao esgotamento sanitário, feitas as mesmas ressalvas, a presença da esfera municipal ocorre em quase 60% dos casos, cabendo à esfera estadual quase 37% deles, cabendo à esfera federal e às empresas particulares uma participação residual. No caso da coleta de lixo, a responsabilidade é na sua quase totalidade da esfera municipal - quase 98% dos casos.

A partir dos anos 90, no entanto, com a emergência do tema da descentralização, por vezes associada à privatização, volta à tona a discussão sobre a municipalização do saneamento básico. Mas exatamente por ser um setor permeado por fortes interesses econômicos e demandar uma visão geográfica de conjunto para a preservação da qualidade do meio ambiente, que por exemplo vá além da proteção de seus próprios mananciais, a descentralização do saneamento via municipalização não pode ocorrer em função de uma gradual ausência do nível estadual, o que de certa forma seria possível no caso da habitação, mas requer sua presença. Semelhante ao caso da educação, descentralização aqui implica estabelecer um novo padrão de relação do nível estadual com os municípios, que reconheça a capacidade diferencial destes para atendimento das demandas e aprimoramento dos serviços na definição de uma política compartilhada entre ambos, e que vise a auto-suficiência do município no setor. A função do nível central, no entanto, faz-se necessária na coordenação e na provisão de recursos que garantam compensar aquelas capacidades diferenciais, o que de certa forma já vem ocorrendo: embora sempre residual, a presença federal é registrada sobretudo nos municípios de pequeno e médio porte do Nordeste e do Norte do país.

e) *saúde*. Dentre os setores da área social, este é tido como aquele que mais tem avançado no processo de descentralização, apesar da presença significativa do nível central, seja pelas raízes históricas da sua formação, estreitamente vinculada à previdência social, seja pela lógica de seu

financiamento, que tem na esfera federal sua principal fonte de recursos, provenientes de contribuições sociais.

Enquanto processo institucional, pode-se afirmar que neste caso a descentralização foi fruto de uma política deliberada não propriamente do Estado, mas de setores sociais e de profissionais do setor que assumiram, durante a transição democrática, a estratégia de ocupação de espaços no interior do aparelho do Estado, contando com o envolvimento do Legislativo na institucionalização dos marcos legais desse processo.

A defesa da descentralização da saúde é associada, desde o início, à necessidade de se formular e implementar um novo modelo de atenção baseado: na saúde e não mais na assistência médica; no acesso universal aos cuidados à saúde; na equidade; no fortalecimento do setor estatal de prestação de serviços frente à predominância dos interesses do setor privado na formulação e implementação das ações no setor; e na democratização da gestão em todas as esferas de poder.

Quanto à sua implementação, o início desse processo data da primeira metade dos anos 80: em 1983 são assinados os primeiros convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) com Estados e municípios, e em 1987 os primeiros convênios com os Estados do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A estratégia adotada consistiu em implantar gradativamente a descentralização, sempre associada à criação de espaços institucionais de participação social através de Conselhos de Saúde - variando seu caráter deliberativo ou não, mas previstos em todas as esferas -, até que a partir de 1988, com a Constituição, inicia-se a implantação do SUS.

Segundo os preceitos constitucionais, o SUS consiste num sistema único de saúde, descentralizado e com comando único em cada esfera de poder. Associa-se, a partir de então, a descentralização à municipalização, e ambas à democratização da saúde. O pressuposto que fundamenta essa associação é a identificação do nível local como aquele que mais favorece um efetivo controle público sobre a gestão do setor, e em consequência maior adequação das políticas de saúde às reais necessidades da população, além da racionalização da rede de serviços de saúde através da integração no âmbito municipal das redes públicas de serviços de saúde federal, estadual e municipal. Todavia, no marco institucional-legal também prevalecem as competências concorrentes, vale dizer, a indefinição de competências das distintas esferas de poder.

Neste caso, contrasta com os avanços institucionais da descentralização a rigidez do esquema de financiamento do setor, que continua estreitamente centralizado no nível federal, e dependente fundamentalmente do orçamento da seguridade social (OSS), sua maior fonte de recursos. Embora o financiamento passe a ser co-responsabilidade das três esferas de poder, sendo exigida a contrapartida dos Estados e municípios, não se chegou a estabelecer critérios consensuais e efetivos de financiamento, e muito menos critérios de partilha dos recursos federais. Tampouco a Lei de Diretrizes Orçamentárias obedece a critérios estáveis na definição do percentual destinado à saúde. De fato, nos últimos anos eles têm variado entre os marcos de

30% e 15,5%, a definição de fontes e não de percentuais sobre OSS, como assegura a lei, até a definição de percentuais de recursos advindos do Fundo Social de Emergência.

Diante dessa instabilidade do montante disponível de recursos, ao que se associa o fato de sobretudo os municípios terem que crescentemente fazer frente às demandas por saúde, verifica-se nesse processo a seguinte tendência: a participação crescente na receita própria dos gastos municipais com saúde, a participação declinante no caso dos Estados, e embora seja o nível que mais investe no setor, uma tendência igualmente declinante da participação na receita da União, em termos absolutos e relativos. Neste último caso, constata-se o caráter residual que assumem os gastos com o setor.

Associam-se a essa instabilidade de recursos, numa combinação perversa, os mecanismos de seu repasse, onde predomina a forma negociada através de convênios, tendo como critério básico o pagamento por serviços prestados - as AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e as UCA (Unidade de Consulta Ambulatorial). Isso acaba resultando numa reprodução das disparidades existentes no setor, uma vez que são as unidades - públicas e privadas - de maior densidade tecnológica e os Estados e municípios com maior, e no geral mais complexa, rede de equipamentos aqueles que acabam recebendo maior parcela desses repasses, uma vez que o critério básico acaba sendo o da produtividade combinada com a diferenciação de pagamento por complexidade do ato médico.

Essa lógica de financiamento do setor demarca o processo de descentralização da saúde nos limites estreitos ditados pelo nível central, que mantém ainda altamente centralizados os mecanismos de controle sobre os recursos. Por outro lado, a ausência de uma definição clara das atribuições dos distintos níveis leva a uma participação oscilante das esferas estadual e municipal no processo de implementação do SUS, ora predominando um dos níveis, ora outro, na negociação com o nível central. Como resultado tem-se um processo de descentralização com fortes marcas de desconcentração.

A partir de 1993, no entanto, o Ministério da Saúde através da Norma Operacional Básica 01/93 regulamenta três modalidades de participação das unidades subnacionais municipais no SUS. Isso significa que a partir desse instrumento estabelecem-se gradações de autonomia municipal no processo de descentralização da saúde, e subordinada a elas a definição das competências estaduais, sendo que nos casos de maior autonomia para o nível local o credenciamento cabe ao poder central. Essas três modalidades de gestão são:

- *gestão incipiente*, em que as Secretarias Municipais de Saúde assumem a responsabilidade por credenciamentos, desc credenciamentos, avaliação e controle dos serviços; a gestão da quota de AIHs negociada na Comissão Bipartite (instância no nível estadual congregando representantes do Estado e dos municípios) ou o correspondente a 8% de sua população; gerenciamento da rede ambulatorial pública existente no município; e execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

- *gestão parcial*, em que as Secretarias Municipais de Saúde assumem a responsabilidade sobre a autorização de cadastramento dos prestadores de serviços; programação e autorização de AIHs e UCAs; avaliação e controle dos serviços públicos e privados; gerenciamento das

unidades ambulatoriais públicas existentes no município; e incorporação de ações básicas de saúde à rede de serviços e de vigilância de ambientes e processos de trabalho, bem como a assistência aos acidentados. O repasse federal do montante de recursos financeiros, realizado mensalmente, corresponde à diferença entre o teto financeiro estabelecido com base em série histórica e o pagamento efetuado diretamente às unidades hospitalares e ambulatoriais existentes no município. Neste caso, o nível estadual assume a coordenação das ações e serviços no âmbito do SUS, programa investimentos com recursos federais e próprios em articulação com os municípios, gere os sistemas de alta complexidade e a distribuição da quota de AIHs e UCAs entre os municípios não partícipes de nenhuma das formas de gestão. O credenciamento do município para essas duas modalidades de gestão é de competência estadual, e decidido nos Conselhos Estaduais de Saúde.

-gestão semi-plena, em que a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços. Neste caso o repasse mensal dos recursos federais para o município consiste no volume correspondente ao total do teto financeiro estabelecido com base em série histórica, podendo eventualmente ser corrigido no âmbito da Comissão Bipartite, de nível estadual. O credenciamento do município para essa modalidade de gestão é decisão do nível federal.

Nos primeiros 18 meses de vigência da NOB-SUS 01/93, que padroniza essas modalidades de gestão, 46,3% dos municípios solicitaram seu enquadramento em uma delas, na maior parte dos casos na gestão incipiente (76%) ou parcial (22%), em que a responsabilidade pelo pagamento dos serviços contratados é do nível federal. Há uma correlação entre tamanho do município e tipo de gestão em que solicita o credenciamento: os municípios de menor porte solicitando a gestão incipiente, e os municípios de maior porte solicitando as demais modalidades. Embora somente 2% dos municípios tenham solicitado o credenciamento na gestão semi-plena, neles reside 8,3% da população; e naqueles Estados onde esse processo está mais avançado a população coberta pela gestão semi-plena representa mais de um quarto do total.

Esse quadro espelha, na realidade, a resistência à gestão semi-plena por parte de grande número de municípios diante da falta de garantia da disponibilidade dos recursos arrecadados pelo nível central e que devem ser repassados, dado o alto grau de imprevisibilidade quanto à sua liberação. Bem verdade que também manter-se na condição anterior pode significar para boa parte dos governantes municipais uma situação de confortável acomodação, na medida que os exime da responsabilidade da gestão do seu sistema de saúde.

Diferentemente dos setores anteriores, o processo de descentralização da saúde no momento depara-se com dois grandes desafios: dadas as características de sua formulação, das forças sociais e políticas que o impulsionaram, de sua implementação, e da composição e distribuição dos equipamentos existentes, onde a presença do setor privado é majoritária, sobretudo no caso de instituições de maior complexidade tecnológica, e do modelo de atenção centrado no hospital, fazem-se necessárias a construção de um novo modelo de atendimento e a busca de novas formas de gestão que redefinam ao mesmo tempo a relação público/privado e a

relação Estado/sociedade. A partir da NOB 01/93, são numerosas as experiências de gestão municipal e de serviços de saúde, e que apontam para a diversidade de possibilidades inovadoras orientadas pela conquista da universalidade e da equidade na saúde. Todavia, pelo fato de serem muito recentes, e na maior parte dos casos estarem ainda em processo de implantação, torna-se impossível sua avaliação. Isso não impede, no entanto, que se recuperem as tendências registradas em algumas experiências de descentralização do período imediatamente anterior.

BREVE BALANÇO DE EXPERIÊNCIAS PAULISTAS

A análise comparada de quatro experiências de gestão local nos setores de educação e saúde (período 1989-1992) reafirma a especificidade reclamada por cada setor na definição de estratégias e mecanismos de descentralização. Revelam também a questão da modalidade de financiamento dessas políticas setoriais como um dos principais entraves ao processo de descentralização, independentemente das especificidades de cada setor, na medida em que continuam a prevalecer o controle do nível central sobre os recursos e as formas de repasse para as esferas subnacionais, imprimindo um alto grau de instabilidade à disponibilidade de recursos por parte dos governos municipais (e também estaduais), mesmo quando estes são vinculados, como é o caso da educação.

No âmbito local, o Executivo exerce um papel fundamental no processo de descentralização e na definição dos rumos assumidos pela administração local. Reforça-se, assim, a importância da "vontade política" dos governos locais nesse processo, reforçado pelo fato de somente em municípios de maior porte o Legislativo exercer um papel de pês, transformando-se em locus de negociação política, sendo que nos demais seu pês se revela quase inexistente, uma vez que a negociação entre Executivo e Legislativo ocorre previamente ao envio dos projetos, no geral de iniciativa do Executivo.

No que diz respeito à relação administração local/cidadãos, no geral consagra-se a ênfase nos canais institucionalizados de participação regulamentados por lei, como os Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Gestores das unidades de ensino e de saúde. Embora não se tenha evidenciado mecanismos de cooptação dos setores populares por parte das distintas administrações, o maior ou menor grau de participação dos distintos setores organizados da sociedade guarda estreita relação com o ideário da própria gestão. Retorna aqui o peso da "vontade política" dos governantes no incentivo à participação da sociedade na gestão local, configurando um jogo extremamente delicado entre clientelismo, cooptação, cumplicidade e autonomia desses setores sociais frente ao poder instituído.

Em todos os casos estudados evidencia-se um aumento substancial do gasto na área social, no geral esses dois setores ocupando os três primeiros postos em termos de gasto, embora no caso da saúde a descentralização envolva a transferência de responsabilidade e de equipamentos, enquanto no caso da educação esse processo vem sendo mais lento, restringindo-se via de regra à permanência da responsabilidade municipal pela educação infantil

e à municipalização de serviços de apoio ao ensino fundamental, como merenda e transporte escolar.

Esse progressivo aumento dos gastos na área social vem acompanhado de um progressivo aumento da disponibilidade de vagas na rede de ensino e de aumento de atos médicos produzidos, independentemente do tamanho dos municípios e da composição política desses governos locais. Reafirma-se, portanto, tanto a dimensão racionalizadora do processo de descentralização como a responsabilidade do nível local responder às demandas aí presentes.

No entanto, esse aumento na oferta de serviços sociais básicos não se traduz de modo imediato em maior equidade no acesso. Essas experiências demonstram existir uma relação estreita entre capacidade de mobilização e de pressão política - o que no geral não está presente nos setores mais despossuídos da sociedade - e atendimento das demandas. Assim, mesmo naqueles governos em que os setores mais pobres são definidos como prioridade constata-se um certo grau de reprodução das desigualdades.

Do ponto de vista administrativo, chama a atenção a "falta de memória", isto é, de registro das administrações anteriores e das atuais, reforçando a tendência à descontinuidade dessas políticas setoriais, marcadas por períodos de governo. A isso se associa o alto grau de desinformação, principalmente por parte do Legislativo, sobre essas políticas, inclusive sobre suas formas de financiamento. Por outro lado, essas experiências reforçam também a necessidade de apoio dos níveis estadual e federal na capacitação técnica dos profissionais locais.

Mas para além dos ganhos em termos de no geral imprimir maior eficiência às políticas setoriais e de recursos para a área, a maior contribuição dessas experiências reside num fator básico na construção de uma sociedade democrática: através da criação de canais, institucionalizados ou não, de participação tais como conselhos e formas colegiadas ou cooperadas de gestão, o nível local constituir-se progressivamente num espaço privilegiado do exercício e da aprendizagem da cidadania, sem no entanto postergar a cidadania social. Apesar do equilíbrio altamente delicado entre autonomia e dependência dos setores organizados da sociedade com relação ao Estado, não resta dúvida que essas experiências trazem consigo a potencialidade de construção de identidades e de novos sujeitos sociais, ampliando o leque de possibilidades de criação de novos espaços de participação e de práticas sociais. Sem dúvida, aí reside a maior contribuição dessas experiências, independentemente de serem mais ou menos exitosas quanto à realização das metas e dos objetivos setoriais propostos.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- AFONSO, J. R. Descentralização fiscal e financiamento da saúde. Algumas idéias ou provocações, out. 1993, 28 p. (mimeo)
- ALMEIDA, M. H. T. "Federalismo e políticas sociais". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, ano 10, nº 28, jun. 1995
- BARROS, M. E.; PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Distrito Federal: IPEA, mar. 1995
- CEPAM. *Gasto Municipal no Estado de São Paulo - 1987-1992: Educação, Saúde e Assistência Social*. São Paulo, 1995 (Série Estudos e Pesquisas, nº 5)
- CONASEMS. *Municipalização: Veredas - Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*, 1995
- CONASS, CONASEMS. O financiamento do SUS, maio 1995, 10 p. (mimeo)
- COHN, A. (coord.). *Descentralização, saúde e democracia. O caso do município de Itu (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1994 (Cadernos Cedec, nº 38)
- COHN, A. (coord.). *Descentralização, saúde e democracia. O caso do município de Botucatu (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1994 (Cadernos Cedec, nº41)
- COHN, A. (coord.). *Descentralização, saúde e democracia. O caso do município de Santo André (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº42)
- COHN, A. (coord.). *Descentralização, saúde e democracia. O caso do município de São Paulo (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº44)
- DOWBOR, L. Governabilidade e descentralização, ago. 1994, 15 p. (mimeo)
- JACOBI, P. (coord.). *Descentralização, educação e democracia. O caso do município de Itu (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº 46)
- JACOBI, P. (coord.). *Descentralização, educação e democracia. O caso do município de Botucatu (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº 47)
- JACOBI, P. (coord.). *Descentralização, educação e democracia. O caso do município de Santo André (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº 48)
- JACOBI, P. (coord.). *Descentralização, educação e democracia. O caso do município de São Paulo (1989-1992)*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº 49)
- MARTINE, G. *et alii*. Diagnóstico do Setor de Saneamento: demanda, oferta e necessidades dos serviços de saneamento. Distrito Federal: ISPN, jan. 1995 (Relatório de pesquisa)
- MEDICI, A. *Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990*. São Paulo: IESP/Fundap, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS. *Segundo Relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde*. Distrito Federal, set. 1995

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS. *Relatório dos Encontros Macro-Regionais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde com as Comissões Intergestores Bipartites*. Distrito Federal, maio 1995

NUNES, E. e BRAKARZ, J. *Política social e reforma fiscal: as áreas de Educação e Saúde*. Distrito Federal: IPEA, mar. 1993 (Documento de Política, nº 13)

OLIVEIRA, F.; CASTRO, M. H. e GENRO, T. “Reforma do Estado e democratização do poder local”. In: Fórum Nacional de Participação Popular nas Administrações Municipais. *Poder local, participação popular, construção da cidadania*. São Paulo, nº 1, 1995, pp. 5-27

VELLOSO, J. P. Reis; ALBUQUERQUE, R. C.; KNOOP, J. (coords.). *Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade*. Rio de Janeiro: INAE/ILDES, 1995

