

CAPACIDADES INSTITUCIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS NOS MUNICÍPIOS DA MESORREGIÃO SUL FLUMINENSE

INSTITUTIONAL CAPABILITIES FOR IMPLEMENTING SOCIAL POLICIES IN THE CITIES OF SOUTH FLUMINENSE MESOREGION

Bruno Salgado Silva¹
Arnaldo Provasi Lanzara²

Resumo

Este artigo analisa o processo de implementação descentralizada das políticas de educação e saúde nos municípios que integram a Mesorregião Sul Fluminense (MSF) no estado do Rio de Janeiro. Para tanto, o estudo destaca o desempenho desses municípios em prover essas políticas, conforme as novas atribuições de competências em matéria de provisão de políticas sociais descentralizadas definidas pela Constituição. Demonstrar-se-á, mediante análise comparativa, que as capacidades de implementação de serviços de educação e saúde pelos referidos municípios vêm sendo aprimoradas por intermédio de induções do Governo Federal e de mecanismos de coordenação federativa.

Palavras-Chave: Capacidades Institucionais, Políticas Públicas, Educação, Saúde.

Abstract

This article analyzes the decentralized implementation process of education and health policies in the municipalities of the South Fluminense Mesoregion(SFM) in the state of Rio de Janeiro. Therefore, the study highlights the performance of these municipalities to provide these policies as the new attributions of responsibilities for the provision of decentralized social policies defined by the Constitution. It will be demonstrated by comparative analysis that the implementation capacities of education and health services by these municipalities have been enhanced through inductions of the Federal Government and federal coordination mechanisms.

Keywords: Institutional Capacities, Public Policy, Education, Health.

1. Introdução

É sabido que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um novo pacto federativo ao transformar os municípios brasileiros nos principais provedores dos serviços universais de saúde básica e educação fundamental. Porém, há um consenso por parte da literatura de que o novo sistema descentralizado de provisão de serviços sociais materializou-se de forma bastante desigual, acompanhando as desigualdades territoriais e socioeconômicas que caracterizam a federação brasileira.

A persistência dessas desigualdades justificou, nos últimos anos, o maior envolvimento dos governos estadual e federal na organização da capilaridade desses serviços ofertados pelos entes municipais. Tal organização vem sendo alcançada

¹ Graduando em Administração Pública no Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Fluminense - ICHS/UFF. Bolsista de Iniciação Científica (FAPERJ). Email: brunosalgadosilva@gmail.com

² Doutor em Ciência Política pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos - IESP/UERJ. Mestre em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ. Graduado em Administração Pública pela Universidade Estadual Paulista - UNESP/Araraquara. Professor adjunto de Ciência Política e Políticas Públicas no curso de Administração Pública do Instituto de Ciências Humanas e Sociais - ICHS/ Universidade Federal Fluminense –UFF. Email: prolanzara@gmail.com

mediante induções institucionais e aprimoramento dos mecanismos de coordenação federativa, impactando positivamente os municípios mais pobres e pouco dotados de recursos técnicos e financeiros.

Este estudo está dividido em cinco seções além desta breve introdução. A segunda seção destaca o arcabouço teórico que norteia o estudo, enfatizando a importância da noção de “capacidade institucional” para o processo de implementação das políticas sociais. À luz da literatura sobre a descentralização das políticas sociais no Brasil, a terceira seção busca elucidar que a construção das capacidades institucionais de provisão de políticas sociais descentralizadas nos municípios brasileiros, particularmente das políticas de educação e saúde, depende antes do aprimoramento dos mecanismos de coordenação federativa. A quarta seção analisa comparativamente o desempenho dos municípios da Mesorregião Sul Fluminense (MSF)ⁱ, no tocante à gestão das políticas descentralizadas de educação e saúde, tomando a produção de algumas dessas políticas pelos referidos municípios como indicador da existência ou não dessas capacidades. A quinta e última seção conclui o trabalho.

2. Capacidades institucionais e a implementação de políticas sociais

O conceito de "capacidade institucional" refere-se a um conjunto de variáveis (políticas, legais, territoriais e administrativas) que implicam o processo de implementação das políticas públicas. A difusão desse conceito para o campo de estudo das políticas públicas decorre da teoria das "capacidades estatais" (EVANS et al., 1985; TILLY, 2007). Esta, por sua vez, é tributária dos estudos sobre os processos de sociogênese histórica dos Estados (POGGI, 1978; ELIAS, 1993; MANN, 1993; TILLY, 1996). Na ciência política e na sociologia, a difusão desse conceito também decorre da importância e do impacto de outros dois conceitos que enfatizaram o protagonismo da ação estatal nos processos de desenvolvimento: o de “autonomia relativa do Estado” (EVANS et al., 1985) e o de “poder infraestrutural do Estado” (MANN, 1993).

De acordo com essas perspectivas, a capacidade do Estado de implementar políticas públicas é “territorialmente negociada” e estruturada por “redes organizacionais” que ele busca controlar e coordenar, muitas vezes de um modo imperfeito (MANN, 1993). Assim, em vista desse caráter negociado da ação estatal para implementar suas decisões sobre um determinado território, as capacidades institucionais de implementação de políticas públicas dizem respeito à “extensão pela qual as intervenções dos agentes públicos e das políticas públicas alteram o padrão de recursos, atividades e conexões interpessoais existentes em uma sociedade e as relações entre sua distribuição” (TILLY, 2007:16).

É consensual nas abordagens weberianas do Estado afirmar a importância da existência de burocracias profissionais e autônomas como condicionantes do êxito das capacidades estatais para a implementação impessoal de políticas (EVANS et al., 1985). Nesse aspecto, a perspectiva da “autonomia inserida” (*embedded autonomy*) forneceu importantes subsídios analíticos para se compreender como burocracias dotadas de profissionalismo estreitaram suas relações com empreendedores capitalistas para transformar o sistema produtivo de alguns países (EVANS, 1995; EVANS e RAUCH, 1999).

Porém, a capacidade do Estado para estabelecer alianças com empreendedores capitalistas é bastante distinta da sua capacidade de estabelecer coalizões com os grupos identificados com as políticas sociais. Daí a necessidade de as análises sobre o ativismo estatal qualificarem a capacidade do Estado e o tipo de autonomia inserida que se quer investigar. Capacidade do Estado de que e para que? Em que força social apoia-se a

autonomia inserida da burocracia? Quais as consequências que ela produz para o alcance e efetividade das políticas sociais? Ganhos analíticos surgem quando se dissipa do conceito de capacidade estatal certo nível de generalização - referido exclusivamente ao *modus operandi* de as burocracias coordenarem ações econômicas -, passando a investigar os condicionantes do êxito ou do fracasso de burocracias envolvidas na coordenação do processo de implementação de políticas sociais setoriais.

O que deve ficar claro quanto a esses argumentos é que os Estados destoam em suas competências organizativas e capacidades de implementar políticas nos diferentes domínios institucionais e setores de intervenção. Um Estado pode ser efetivo em fazer com que suas decisões se irradiem às partes mais remotas do seu território, promovendo segurança - principalmente aos direitos de propriedade - e estabilidade política, mas este Estado pode ser incapaz de transformar as relações sociais se não prover proteção social. Do mesmo modo, eficientes programas de combate à pobreza podem ser bem desenhados e efetivamente implementados e ainda assim subsistirem, em um mesmo país, ao lado de precários sistemas de emprego e de seguridade social, denotando o baixo alcance das interações e complementaridades produzidas por suas políticas sociais.

As condições que configuram o surgimento das competências administrativas nos Estados são relacionais e se vinculam a alguns eventos configurativos que marcaram o advento de burocracias determinadas a enfrentar situações societárias bastante adversas do ponto de vista da implementação efetiva das políticas sociais.

Daniel Ziblatt (2008) aponta que em alguns contextos federativos marcados por forte dispersão decisória e enfraquecimento da capacidade do Estado central, tal como no caso relatado em seu estudo do Estado alemão no início do século XX, as agências subnacionais de provisão de serviços sociais foram capazes de fixar a agenda decisória das políticas de saneamento e saúde, e de implementá-las com relativa eficácia, mesmo na ausência de demandas políticas explícitas. Isso se tornou possível devido à "capacidade de iniciativa" e ao ímpeto reformista de algumas organizações burocráticas, que, segundo o autor, foram responsáveis por estruturarem importantes mecanismos de coordenação intersetorial das políticas sociais implementadas no âmbito local (ZIBLATT, 2008).

Importa destacar que as capacidades de provisão de políticas sociais pelas esferas locais de governo não operam num vácuo institucional, requerendo regras críveis, procedimentos decisórios e estabilidade dos recursos financeiros e administrativos.

Em contextos de forte dispersão decisória, tais como nos contextos federativos, a presença constante desses fatores torna-se crucial para aprimorar os instrumentos de coordenação entre as diversas instâncias envolvidas no processo de implementação das políticas sociais. Nesses contextos, portanto, as capacidades institucionais dizem respeito ao aprimoramento dos mecanismos de coordenação horizontal (entre diferentes setores de políticas e burocracias) e vertical (entre os entes federados) para o êxito da implementação de políticas sociais descentralizadas, como se verá a seguir em relação ao caso brasileiro.

3. Capacidades institucionais, mecanismos de coordenação federativa e a descentralização das políticas de educação e saúde no Brasil

A descentralização é, sem dúvida, um importante instrumento de gestão democrática dos serviços sociais. Contudo, não se pode tratá-la como uma espécie de panaceia. A efetividade do processo de descentralização das políticas sociais depende menos da

redução do escopo de atuação das instâncias superiores de governo e mais da redefinição do seu papel estratégico em contextos federativos marcados por fortes desigualdades (ARRETCHE, 1997).

A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu um novo pacto federativo ao conferir maior autonomia política, administrativa e financeira as entidades subnacionais, transformando os municípios nos principais provedores dos serviços universais de saúde e educação fundamental. A estrutura federativa no Brasil, nesse quesito, está apoiada na cooperação entre os entes federados, sob a denominação de regime de colaboração recíproca, descentralizada, com funções compartilhadas.

Porém, há um consenso por parte de alguns especialistas de que o novo sistema de governança local instituído pela Constituição, em matéria de gestão descentralizada das políticas sociais, materializou-se de forma bastante desigual entre os municípios brasileiros (ALMEIDA, 1995; SOUZA, 1996; 2005; ARRETCHE, 2000; 2004; 2012; 2015). Tal consenso advém da constatação de que parte considerável dos municípios brasileiros abriga populações rarefeitas e muito pobres, possuindo, portanto, pouca capacidade de gerar receitas próprias. Para estes municípios, de acordo com as disposições estabelecidas pela Constituição de 1988, as transferências federais representam a principal fonte de receita, inclusive para custear seus programas sociais.

No Brasil, um país marcado por fortes desigualdades territoriais, os atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como capacidade econômica, fiscal e administrativa, possuem um peso determinante no processo de descentralização das políticas sociais (ARRETCHE, 2000). Vale ressaltar que esses determinantes também variam de acordo com requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos entes locais, tais como o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a própria engenharia operacional de cada política social (*idem*, 2000). Nesse sentido, a descentralização pode promover disparidade nos resultados das políticas, à medida que se delegam responsabilidades a entes locais que não possuem capacidade de gestão e nem recursos financeiros para implementá-las (ARRETCHE, 2000, 2015). Portanto, cabe aos governos interessados em transferir competências de gestão de políticas sociais implementar regras bem sucedidas de indução institucional para obter a adesão dos entes locais. Tais regras, como marcos de regulação do processo de descentralização, são fundamentais para reduzir os custos políticos, administrativos e financeiros das unidades subnacionais envolvidas na execução das funções de gestão de políticas descentralizadas. Elas minimizam os custos de implementação dessas políticas ao promoverem mecanismos de coordenação federativa. Estes, por sua vez, possibilitam um envolvimento direto do governo central no processo de descentralização, seja arcando com parte da instalação da infraestrutura necessária à provisão dessas políticas pelos municípios, seja elevando o volume das receitas disponíveis (*idem*, 2000).

Apesar dos recentes avanços no que se refere ao acesso da população às políticas sociais descentralizadas, como educação fundamental e saúde básica, ainda persistem alguns problemas e desafios. No que se refere à educação, o ensino fundamental está praticamente universalizado no país, sendo o setor público responsável por 86,5% do total de matrículas (54,4% realizadas pelos municípios). Contudo, esses avanços foram contrabalançados por uma forte deterioração da qualidade desses serviços, acarretado por um processo de universalização acompanhado de mecanismos de racionamento de recursos. Assim, não apenas o ensino, mas a infraestrutura das escolas permanece com graves deficiências, notadamente em zonas rurais e em escolas municipais, potencializando os problemas de defasagens no ensino, evasão e desigualdades no rendimento escolar (SÁTYRO e SOARES, 2007; KERSTENETZKY et al, 2012; WALTENBERG, 2013).

No caso da saúde, o balanço que se faz do modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é de que ele foi importante para a expansão da cobertura de serviços, principalmente pelos governos subnacionais. A política de saúde desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS. Porém, a descentralização do SUS, via municipalização, apresentou algumas desvantagens durante a década de 1990, num contexto de forte austeridade fiscal e contingenciamento de gastos sociais. A municipalização dos serviços públicos de saúde não produziu os efeitos esperados, havendo fragmentação dos serviços - devido à ausência de escala e capacidade instalada nos municípios - e competição entre os entes federados, em que cada qual pretendia repassar os seus custos de provisão aos outros (COSTA et al. 1999; ARRETICHE, 2005; GERSHMAN e VIANA, 2005; ARRETICHE e MARQUES, 2007; VIANA et al , 2013).

Contudo, a partir da segunda metade da década de 1990, o Governo Federal, de modo a corrigir essas assimetrias, passou a promover iniciativas de coordenação federativa no âmbito da produção descentralizada das políticas de educação e saúde. Arretche (2012) argumenta que tais iniciativas foram possibilitadas pela própria Constituição que, além de transferir competências de execução de políticas para os municípios, garantiu ao Governo Federal a possibilidade de iniciar legislação em quase todas as áreas de políticas públicas, mantendo um grau de autoridade regulatória para influenciar na agenda política dos governos subnacionais (ARRETICHE, 2012:17).

Portanto, é a partir desse período que se observa uma tendência de fortalecimento do governo central no papel de coordenador de políticas, fixando diretrizes nacionais a serem implementadas pelos estados e municípios em matéria de provisão descentralizada de serviços de educação e saúde. De acordo com a literatura, esse processo possibilitou a criação de novos arranjos federativos de implementação de políticas sociais setoriais, em que o Governo Federal incentiva o desenvolvimento de determinadas ações pelos governos subnacionais, com repasse de recursos vinculados à adesão voluntária, mas com condicionalidades mínimas, sanções e monitoramento (ALMEIDA, 2005; GONÇALVES et al, 2008, ALMEIDA, 2005; VAZQUEZ, 2014; ARRETICHE, 2012; 2015).

A importância da existência de programas que gerem incentivos à ação dos governos locais pode ser vista claramente no caso das redes de ensino fundamental. Assumir a gestão de tais redes implica em gastos relativos à construção, instalação de escolas e gastos de custeio relativos à manutenção e ao pagamento de professores. Nestas circunstâncias, programas federais que minimizem os custos funcionam como um incentivo para que as administrações municipais decidam ofertar vagas no ensino fundamental. Para municípios mais pobres, a existência de tais recursos funciona como uma estratégia de captação permanente ou provisória de receita (ARRETICHE, 2000).

Vazquez (2014) destaca três tipos de mecanismos de coordenação federativa utilizados pelo governo federal para induzir o processo de expansão da oferta descentralizada de serviços de educação e saúde nos municípios brasileiros, quais sejam: a vinculação de receitas; os fundos específicos; e as transferências condicionadas. De acordo com o autor, o primeiro desses mecanismos obriga constitucionalmente os entes municipais a aumentar a oferta dessas políticas, ao reduzir a discricionariedade dos gestores municipais para decidir sobre a alocação de recursos, já que no caso da educação e saúde esta alocação estaria vinculada a um mínimo de aplicação das receitas municipais (25% em educação e 15% em saúde). O segundo desses mecanismos envolve as três esferas de governo no compromisso de destinar fundos para o financiamento de programas sociais executados localmente, a partir da

disponibilização de receitas que são proporcionais à oferta desses programas (VAZQUEZ, 2014: 975). Como forma de induzir o processo de municipalização da educação básica foi criado, em 1996, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e da Valorização do Magistério – Fundef (Emenda Constitucional n.14/1996), com o objetivo de financiar o ensino fundamental. O Fundef reunia 15 % dos impostos e transferências de estados e municípios, os quais retornavam proporcionalmente de acordo com o número de alunos matriculados nas redes fundamentais de ensino. Com fortes críticas pelo fato de não contemplar demais níveis e modalidades de ensino que compõe a educação básica, o fundo foi substituído, em 2007, pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação –Fundeb (Emenda Constitucional n.53/2006), visando suplementar o valor mínimo de gasto por aluno/ano das esferas subnacionais de governo.ⁱⁱ Mesmo não sendo responsável pela oferta direta de vagas na educação básica, a liderança do Governo Federal através do Fundef/Fundeb mostrou-se imprescindível para a configuração de um federalismo mais cooperativo e voltado para suprir as deficiências locais na oferta de educação fundamental (CASTRO e CARVALHO, 2013).

As transferências condicionadas, por sua vez, ganharam importância na segunda metade dos anos de 1990 (VAZQUEZ, 2014) Nessa modalidade de mecanismo de coordenação federativa, exige-se dos governos subnacionais certas contrapartidas para que os repasses de recursos sejam realizados, "os quais são orientados por regras gerais associadas à oferta da política, conferindo um caráter automático e contínuo aos repasses, caso as exigências estejam sendo cumpridas" (*idem*, 2014:975). Essas contrapartidas, por seu turno, afetam as decisões alocativas e restringem a autonomia orçamentária dos municípios, gerando incentivos para que estes executem programas sociais definidos centralmente (*idem*, 2014:976). As transferências condicionadas cumpriram um importante papel no sentido de induzir os municípios brasileiros a incrementar sua oferta de atenção básica à saúde. Saliente-se que as condicionalidades que geraram essas transferências, na área de atenção básica à saúde, seguiram critérios redistributivos; critérios baseados no tamanho da população, na natureza dos programas, como o Programa Saúde da Família (PSF), e na situação socio sanitária de algumas localidades e regiões.ⁱⁱⁱ

É importante destacar que os dois últimos mecanismos de coordenação federativa destacados acima, ainda que implementados sob condicionalidades, foram fundamentais para reduzir as desigualdades horizontais de estados e municípios no financiamento e na provisão de serviços de educação e saúde.

Merece atenção um balanço feito por Vazquez (2014) relativo aos impactos dos mecanismos de coordenação federativa sobre a provisão municipal de educação fundamental e de atenção básica à saúde. O ensino fundamental foi praticamente universalizado, visto que houve crescimento considerável das matrículas já nos anos iniciais de funcionamento do Fundef/Fundeb. Também houve forte municipalização deste nível de ensino, já que os municípios atenuaram suas resistências no que se refere à assunção de competências em matéria de políticas de educação, pois tais fundos garantiram recursos adicionais proporcionais ao número de matrículas realizadas pelos entes municipais. A redistribuição de recursos promovida pelo Fundef/Fundeb reduziu as desigualdades horizontais, já que o valor aluno/ano repassado pelo fundo foi equalizado dentro de cada estado (*idem*, 2014:975). Na área da saúde, conforme salienta o autor, houve um considerável incremento do gasto municipal, financiado com recursos próprios, em função dos efeitos da Emenda Constitucional 29 (2014:987).^{iv} Também se constatou que houve um aumento significativo da cobertura de

atenção básica nos municípios, induzido pelas diretrizes estabelecidas centralmente, gerando um padrão nacional de atuação descentralizada da política fixado sob critérios redistributivos de repasse de recursos (*idem*, 2014:997).

Contudo, os efeitos desse formato mais redistributivo dos critérios sobre repasse de recursos federais para as políticas sociais descentralizadas, gerados em grande medida pelos mecanismos de coordenação federativa, foram atenuados por certa omissão de responsabilidade do governo federal. Tal omissão pode ser constatada pelo fato de as transferências federais ao SUS e ao Fundef/Fundeb, nos últimos anos, não terem sido reajustadas conforme o ritmo de expansão da oferta de serviços de educação e saúde providos pelos municípios. No caso da educação, houve redução da participação da União no financiamento do Fundef/Fundeb, em razão do baixo valor mínimo nacional para os repasses definido pelo Governo Federal, fato que exigiu mais esforços dos governos subnacionais na assunção dos custos de oferta do ensino fundamental. Também não houve correção dos valores de referência para os repasses das transferências federais no âmbito do SUS (*idem*, 2014).

Assim, de acordo com Vazquez (2014), a "regulação do processo de descentralização" das políticas sociais por mecanismos de coordenação federativa no Brasil vem sendo caracterizada por dois movimentos. No primeiro movimento, o governo federal buscou a adesão dos governos municipais, arcando com uma parcela significativa dos custos de provisão de políticas sociais dos municípios. Nesse momento, os repasses federais tenderam a crescer como estratégia de indução e incentivo para facilitar a adesão dos entes municipais. O segundo movimento, por seu turno, deu-se após os programas serem implementados pelos municípios, em que os valores repassados aos mesmos pelo governo federal ficaram defasados e não foram corrigidos, reduzindo sua participação no financiamento dos programas sociais. Nesse segundo movimento, em particular, são exigidas contrapartidas municipais maiores, visto que os custos da oferta dos programas crescem, bem como a pressão social para a continuidade e expansão dos mesmos (*idem*, 2014). Aliás, é importante salientar que os custos políticos da não provisão desses programas por parte dos municípios tendem a crescer, pois a universalidade do seu acesso é garantida pela Constituição Federal.

4. As políticas de educação e saúde nos municípios da MSF

À luz das considerações apontadas acima, este estudo procurou elaborar uma metodologia de acompanhamento e análise comparativa da implementação das políticas de educação e saúde nos municípios da Mesorregião Sul Fluminense (MSF), de modo a tornar mais evidentes suas distintas capacidades em ampliar a oferta dessas políticas, em conformidade com as diretrizes traçadas pelas políticas nacionais.

Os Municípios que integram a MSF, apesar de algumas similaridades no tocante à vocação regional voltada para a indústria, possuem uma composição bastante heterogênea em termos dos seus diferentes perfis sociodemográficos, níveis de renda, capacidade de arrecadação fiscal e indicadores sociais. Essa heterogeneidade pode ser constatada pelo percentual de participação da receita de impostos e das transferências intergovernamentais na receita total de cada um dos municípios que compõem a MSF (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Participação da Receita de Impostos na Receita Total dos Municípios da MSF 2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	20,57	17,78	18,84	21,6	19,53	20,55	19,3	19,88	23,29	25	23,19
Barra do Piraí	12,87	11,55	13,28	12,79	11,78	13,55	11,74	12,1	15,68	14,17	22,11
Barra Mansa	14,41	13,58	13,84	14,01	12,72	12,69	12,44	12,84	11,84	11,9	12,85
Itatiaia	17,83	17,12	17,73	18,76	14,47	13,79	17,26	20,32	19,78	18,72	18,03
Paraty	17,84	16,86	17,03	13,12	10,08	9,95	10,46	12,25	13,06	14,42	13,97
Pinheiral	4,73	5,97	6,35	6,71	5,79	8,78	7,69	5,34	6,37	5,99	4,29
Piraí	9,85	10,56	10,6	10,78	8,82	9,31	7,6	11,22	10,65	11,88	12,38
Porto Real	5,81	5,45	6,98	5,84	7,3	6,58	5,59	6,71	7,36	6,73	8,79
Quatis	4,55	3,49	3,64	4,29	3,4	3,3	3,59	3,9	3,72	3,16	3,38
Resende	13,55	13,39	15,06	17,05	16,73	20,07	18,29	19,07	18,12	20,45	19,11
Rio Claro	3,96	6,08	4,72	4,38	5,14	5,76	7,69	6,42	4,81	5,15	4,41
Rio das Flores	5,44	6,75	4,88	4,98	4,19	11,38	14,96	6,91	4,42	5,78	4,08
Valença	8,51	10,05	10,63	11,98	10,63	10,05	10,08	7,45	7,81	8,44	10,58
Volta Redonda	23,07	25,3	23,79	28,34	25,89	20,25	21,63	20,46	20,69	26,04	20,8

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Tabela 2 – Participação das Transferências Intergovernamentais na Receita Total dos Municípios da MSF 2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	78,6	78,21	81,68	76,34	69,19	69,46	65,31	65,12	58,73	68,2	63,38
Barra do Piraí	77,02	77,52	66,2	78,87	75,23	74,41	62,23	64,64	72,34	72,69	71,51
Barra Mansa	74,3	73,21	71,27	65,54	60,15	64,32	65,19	60,91	62,76	62,56	65,8
Itatiaia	85,06	87,06	82,58	80,54	74,34	73,41	65,15	65,19	63,66	76,4	78,12
Paraty	64,1	79,55	81,12	83,22	82,83	81,73	80,95	82,36	82,54	84,26	74,86
Pinheiral	97,4	88,13	91,9	94,35	78,94	86,19	80,73	77,02	75,96	88,89	81,8
Piraí	75,47	85,09	86,94	90,37	75,21	71,6	49,43	65,82	66,48	71,88	66,54
Porto Real	100,67	103,97	100,59	100,15	87,96	89,68	90,75	88,44	88,48	89,58	88,85
Quatis	93,44	95,25	92,9	92,69	81,95	85,1	82,76	85,36	75,78	79,42	80,88
Resende	81,58	74,11	65,97	69,44	61,96	65,48	65,66	66,08	63,97	68,54	63,16
Rio Claro	85,19	96,22	89,53	92,76	74,14	75,38	71,41	73,79	72,51	86,55	79,42
Rio das Flores	66,02	80,21	78,05	86,06	79,36	70,46	72,42	81,55	84,76	90,61	90,91
Valença	87,1	91,4	89,24	90,12	85,45	76,48	80,28	84,85	85,89	86,39	82,04
Volta Redonda	77,59	81,31	81,89	79,93	56,81	58,53	67,15	65,24	59,71	62,99	65,11

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

De um modo geral, como se pode observar, a grande maioria dos municípios que compõe a MSF tiveram um aumento das receitas geradas por impostos em relação ao total das receitas disponíveis. Isso demonstra, de certa forma, o peso dos mecanismos de coordenação federativa, especialmente dos efeitos da vinculação de receitas no âmbito desses municípios, já que os mesmos têm de empreender importantes esforços de arrecadação fiscal para arcar com os compromissos constitucionais referentes ao financiamento de suas políticas de educação e saúde. O inverso ocorre em relação às

transferências intergovernamentais ao longo do período considerado. Nesse quesito, observa-se uma diminuição considerável dessas transferências como parte da receita total dos municípios, embora em alguns municípios menos populosos ou mais pobres a participação das transferências intergovernamentais ainda ultrapasse 80% das receitas disponíveis.

É importante destacar que a MSF é, depois da Mesorregião Metropolitana, a mais industrializada do estado do Rio de Janeiro, destacando-se, nesse quesito, os municípios de Volta Redonda, Barra Mansa, Resende e Angra dos Reis. Contudo, nos últimos anos, o desenvolvimento industrial e o crescimento desenfreado da MSF geraram uma série de problemas, com a consequente perda da qualidade de vida da população, retratada na expansão de submoradias e de periferias subequipadas de serviços sociais.

Apesar disso, a MSF também se destaca por certas iniciativas municipais de política pública que vêm contribuindo para reverter os problemas sociais. Tais iniciativas lograram êxito por se alinharem às políticas traçadas nacionalmente, sem abdicar de experimentos inovadores produzidos em âmbito local, que se mostraram capazes de expandir a oferta de educação fundamental e saúde básica.

A ênfase em uma abordagem comparada da gestão das políticas descentralizadas de educação e saúde na MSF, também pode ser justificada pelas próprias experiências que alguns municípios acumularam nesse quesito. É sabido que as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda se constituíram, desde o início da década de 1990, como referências de uma política efetiva de assunção de competências descentralizadas na gestão das políticas de saúde, com destaque para as ações locais de promoção da saúde do trabalhador (PINHEIRO, 2002). No caso de Volta Redonda, o êxito das políticas de descentralização dos serviços de saúde deve-se a um estilo de gestão mais participativo e integrado aos mecanismos de coordenação federativa, além do fato de o município em tela contar com uma eficiente política de recursos humanos e de saúde preventiva.

4.1. Análise comparada de alguns indicadores de educação e saúde dos municípios da MSF

Monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas produzidas pelos municípios é uma das funções essenciais do Estado moderno, não só para prestar contas à população sobre como usar os impostos arrecadados dos contribuintes, mas também para saber como e onde aplicar os recursos da forma mais eficiente e equitativa. Portanto, os indicadores sintéticos que atestam o desempenho da gestão das políticas descentralizadas de educação e saúde, tais como o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)^v e o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)^{vi}, recentemente criados pelo governo brasileiro, são importantes referências para se avaliar os resultados das políticas públicas produzidas no âmbito municipal.

Tais indicadores se apresentam também como importantes insumos, sob a forma de informações estratégicas, para que os estados e o Governo Federal apoiem os municípios na melhoria dos seus serviços de educação e saúde, especialmente os municípios com poucos recursos técnicos e financeiros.

Este estudo constatou, preliminarmente, que os municípios que integram a MSF também estão sujeitos aos problemas que afetam outras regiões brasileiras no tocante à implementação descentralizada das políticas de educação e saúde. O estudo constatou haver entre eles uma forte discrepância dos indicadores sintéticos que atestam o desempenho da gestão dessas políticas.

A média constatada do IDEB da rede municipal nos municípios que integram a MSF, para os alunos da 8. série/9. ano do ensino fundamental, em 2013, foi de 3.8 (média considerada baixa). Contudo, como pode ser averiguado abaixo (tabela 3), foi grande a variação registrada, com os municípios de Barra do Pirai e Pirai obtendo os melhores indicadores (4.6), enquanto Porto Real e Quatis registraram os indicadores mais baixos (3.2).

Tabela 3 - Resultados e Metas Projetadas para o IDEB, na rede municipal, para os alunos da 8. série/9. ano do Ensino Fundamental – MSF/ 2005-2013

Municípios	IDEB Observado					IDEB Esperado			
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013
Angra dos Reis	3.3	3.4	3.3	3.9	3.5	3.3	3.5	3.8	4.2
Barra do Pirai	3.9	2.9	4.1	4.7	4.6	3.9	4.0	4.3	4.7
Barra Mansa	4.1	3.9	4.3	4.1	3.8	4.1	4.3	4.5	4.9
Itatiaia	2.9	3.1	3.4	4.1	3.9	2.9	3.0	3.3	3.7
Paraty	4.0	3.7	3.7	2.9	3.3	4.1	4.2	4.5	4.9
Pinheiral	3.5	4.2	4.5	4.7	3.8	3.5	3.7	4.0	4.4
Pirai	4.0	3.9	4.1	4.5	4.6	4.0	4.2	4.5	4.9
Porto Real		3.3	3.3	3.4	3.2		3.4	3.6	4.0
Quatis	3.5	3.6	4.0	3.6	3.2	3.5	3.6	3.9	4.3
Resende	3.3	3.2	3.4	4.1	3.7	3.4	3.5	3.8	4.2
Rio Claro	3.3	4.1	3.6	3.9	3.5	3.4	3.5	3.8	4.2
Rio das Flores	3.8	3.3	3.1	3.7	4.5	3.8	4.0	4.3	4.7
Valença	4.2	3.8	3.7	4.0	3.4	4.2	4.4	4.7	5.1
Volta Redonda	4.2	4.0	4.0	4.3	4.3	4.2	4.4	4.7	5.0

Fonte: MEC/INEP

* Os números hachurados representam metas atingidas

Pode-se constatar, também, uma forte variação no que se refere ao IDSUS de 2010 para os municípios que integram a MSF, com o município de Pirai liderando nesse quesito (7.3) e o município de Itatiaia obtendo a pior avaliação (4.8) (Tabela 3). A média obtida pela MSF no IDSUS de 2010 (5,7) foi considerada razoável em comparação com o desempenho obtido por outras Mesorregiões brasileiras com o mesmo número de municípios e nível de desenvolvimento.

Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento do SUS (IDUS) – MSF/2010

Municípios	Nota IDUS	Ranking Estadual	Ranking Região Sudeste	Ranking Brasil
Angra dos Reis	6.23	5	611	1350
Barra do Piraí	4.92	55	1529	4579
Barra Mansa	5.67	16	1117	2610
Itatiaia	4.85	58	1549	4724
Paraty	5.13	42	1461	4107
Pinheiral	5.42	25	1309	3305
Piraí	7.3	1	63	157
Porto Real	5.18	40	1434	3986
Quatis	4.86	57	1546	4708
Resende	5.67	17	1118	2611
Rio Claro	4.98	51	1508	4446
Rio das Flores	7.18	2	90	219
Valença	6.78	3	238	546
Volta Redonda	6.63	4	393	868

Fonte: DATASUS

Apesar de os indicadores sintéticos explicarem o desempenho agregado dos resultados dessas políticas nos respectivos municípios, eles não explicam tudo. Daí a necessidade de o estudo focar em outros indicadores para atestar a capacidade de produção descentralizada das políticas de educação e saúde em cada município considerado. Nesse quesito, optou-se por apresentar, ainda que de forma bastante incipiente, o resultado dessa produção, que, diga-se, está fortemente orientado pelos mecanismos de indução federal.

Como recurso metodológico, e apoiando-se nos achados de Vazquez (2014), foram selecionados alguns indicadores de produção de políticas sociais descentralizadas, que são representativos tanto da evolução das capacidades de provisão nos respectivos municípios como dos efeitos dos mecanismos de coordenação federativa acima citados. Optou-se pela escolha de uma escala temporal que permitisse captar os efeitos da EC-29, aprovada em 2000 e regulamentada em 2012, cobrindo assim o período de 2004 a 2014.

Conforme salientado por Vazquez (2014), a participação dos municípios no financiamento da atenção básica à saúde constituiu-se como o principal objetivo da Emenda Constitucional n. 29 (EC-29). Essa emenda produziu importantes efeitos na organização das finanças públicas e no planejamento dos gastos sociais municipais, visto que os seus critérios de vinculação de receita induziram os municípios a cumprirem sua parte no financiamento das ações em saúde. As tabelas 5 e 6 abaixo demonstram, respectivamente, a evolução do percentual do gasto municipal em saúde por meio da aplicação de recursos próprios e das transferências feitas via SUS para cada um dos municípios integrantes da MSF.

Tabela 5- Recursos Próprios Aplicados em Saúde – MSF/2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	19,45	23,84	23,53	23,58	27,26	30,33	26,6	27,76	30,1	34,1	34,3
Barra do Pirai	21,51	18,51	20,91	21,46	22,65	20,05	18,23	19,9	20,21	20,68	19,82
Barra Mansa	19,24	19,45	17,85	20,92	19,33	25,75	17,64	15,51	18,07	19,46	27,68
Itatiaia	19,5	15,37	18,93	28,29	25,06	23,99	22,29	21,4	22,91	22,96	26,16
Paraty	15	22,88	21,71	24,49	19,76	30,89	34,95	34,84	34,33	45,43	37,82
Pinheiral	29,71	30,29	30,76	31,82	34,78	31,01	32,83	37,65	36,05	36,79	39,07
Pirai	21,53	25,22	28,26	26,9	26,67	29,09	29,86	29,83	26,72	29,07	29,89
Porto Real	15,96	18,28	19,42	25,14	22,19	26,39	19,79	20,61	23,77	23,95	28,35
Quatis	19,7	21,2	20,84	19,65	19,74	15,52	16,19	16,95	15,02	16,46	19,22
Resende	17,74	18,36	19,24	18,42	20,32	22,48	21,88	22,03	23,6	25,87	28,15
Rio Claro	22,39	31,36	22,89	20,58	22,98	21,92	20,51	20,71	22,81	28,28	27,28
Rio das Flores	15,68	30,05	20,74	22,22	24,08	20,76	20,81	24,8	25,52	25,75	31,37
Valença	16,46	21,68	20,85	19,28	18,37	24,49	25,41	22,01	23,48	21,81	23,61
Volta Redonda	17,41	21,61	32,05	29,77	20,69	31,74	20,02	22,32	25,37	28,06	29,36

Fonte: DATASUS

Tabela 6 - Transferências SUS/Despesa Total em Saúde – MSF/2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	28,16	25,29	20,62	19,28	20,15	20,26	19,74	16,58	19,76	21,3	28,31
Barra do Pirai	19,05	23,89	27,46	26,71	41,45	65,87	66,71	63,2	70,66	54,3	56,78
Barra Mansa	50,04	50,54	53,34	51,78	48,49	53,72	49,12	58,61	66,65	60,06	57,41
Itatiaia	13,07	19,43	18,96	7,8	22,99	30,75	32,85	30,01	31,29	24,39	17,79
Paraty	45,37	27,4	26,53	30,37	26,26		15,14	15,12	14,39	9,09	11,67
Pinheiral	27,28	28,42	38,86	32,29	32,85	37,42	40,74	32,69	34,33	31,21	32,08
Pirai	40,88	20,4	22,7	21,93	23,72	22,83	28,84	24,08	29,13	27,48	25,92
Porto Real	26,31	10,89	13,02	9,4	17,46	14,74	15,33	10,35	10,98	10,37	9,79
Quatis	23,04	22,48	23,77	29,43	40,06	71,89	64,9	63,34	61,55	53,96	48,67
Resende	50,06	50,78	43,99	43,72	39,79	41,89	37,96	38,31	40,58	38,94	35,61
Rio Claro	20,17	19,76	29,24	22,74	27,45	31,36	34,31	30,9	37,15	31,67	32,97
Rio das Flores	24,82	13,87	18,02	17,03	24,77	31,16	32,41	28,33	32,82	30,44	27,71
Valença	34,31	26,08	28,48	34,2	47,07	51,01	57,05	66,19	68,61	67,07	52,31
Volta Redonda	51,09	44,48	35,59	38,17	41,61	36,26	42,61	38,8	50,96	30,08	36,45

Fonte: SIOPS/DATASUS

Os resultados agregados para a MSF revelam que os efeitos da EC-29 foram bastante salientes, pois os recursos próprios dos municípios para o financiamento das políticas de saúde descentralizadas cresceram consideravelmente durante todo o período analisado. Dos municípios selecionados, apenas Barra do Piraí e Quatis – este último com baixa capacidade de arrecadação - apresentaram uma variação negativa desse indicador. Municípios como Paraty, Rio das Flores e Angra dos Reis registraram uma variação fortemente positiva, saindo no início da série considerada de patamares que perfaziam respectivamente 15%, 15.6% e 19.4% de recursos próprios aplicados em saúde, passando para 37.8%, 31.3% e 34.3% em 2014. Deve-se destacar que Rio das Flores e Angra dos Reis ocupam boas posições no ranking estadual do IDSUS.

Contudo, analisando o desempenho desses indicadores caso a caso, observa-se, particularmente no que se refere às transferências via SUS, uma forte oscilação no comportamento desse indicador dentro do período considerado. Dos municípios que integram a MSF, apenas cinco (Paraty, Piraí, Porto Real, Resende e Volta Redonda) registraram uma diminuição das transferências realizadas via SUS como percentual das despesas totais em saúde. Como se pode observar na tabela 6, o comportamento desse indicador foi bastante errático.

Ainda que se constitua como importante indicador da assunção de competências municipais na área da saúde, o aumento da participação das receitas próprias dos municípios no total dos gastos em saúde precisa ser analisado à luz de outros indicadores que revelem a produção da capacidade instalada de provisão de serviços de atenção básica em cada um dos municípios considerados. A tabela 7 (abaixo) fornece a quantidade de procedimentos ambulatoriais de atenção básica à saúde prestados pelos municípios da MSF entre 2009 e 2014, período no qual se fez sentir mais diretamente os efeitos da EC-29.

Tabela 7 -Produção Ambulatorial – MSF/2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	6.485.699	5.618.162	6.782.110	5.500.369	5.387.089	5.228.675
Barra do Piraí	903.735	980.806	855.297	1.005.725	1.266.911	1.432.534
Barra Mansa	1.778.175	1.992.939	1.988.320	1.934.933	1.983.986	1.697.326
Itatiaia	376.959	597.543	371.499	473.797	444.680	492.653
Paraty	1.146.882	1.160.975	1.100.971	1.323.236	598.109	678.544
Pinheiral	579.867	576.468	552.838	415.942	609.733	875.834
Piraí	777.057	631.750	974.621	1.766.254	1.172.838	774.163
Porto Real	417.039	445.351	585.948	722.511	979.392	725.144
Quatis	210.891	233.110	228.560	246.858	256.483	318.674
Resende	1.428.258	1.703.794	1.822.333	2.171.496	2.232.854	2.232.872
Rio Claro	235.512	306.680	407.876	433.166	567.031	365.405
Rio das Flores	196.041	185.745	249.099	270.891	262.987	207.952
Valença	1.049.104	1.107.187	1.334.228	1.345.855	1.272.729	1.292.948
Volta Redonda	4.540.409	6.204.118	7.996.563	8.210.250	7.368.888	7.949.019

Fonte: DATASUS

Os mesmos achados de Vazquez (2014) em relação à produção de serviços de atenção básica pela totalidade dos estados e municípios brasileiros podem ser generalizados para a MSF, embora com algumas ressalvas. Em primeiro lugar, deve-se registrar que a produção ambulatorial nos municípios da MSF teve um comportamento

errático durante o período analisado, com unidades apresentando um crescimento inicial seguido de queda, como é o caso de Angra dos Reis e Paraty, e outras apresentando um crescimento contínuo em vista do tamanho de suas respectivas populações, da quantidade de procedimentos realizados, e de certa experiência no âmbito da gestão de políticas descentralizadas de atenção básica, como Resende e Volta Redonda. Contudo, a produção ambulatorial cresceu consideravelmente em cinco municípios (Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Porto Real e Quatis). Conforme visto na tabela 4, estes municípios apresentaram os piores indicadores no que se refere ao ranking estadual do IDSUS. O crescimento dos procedimentos ambulatoriais, particularmente nesses municípios, pode ser explicado por sua baixa cobertura inicial. Considerando que tais municípios apresentaram os piores escores entre as posições de classificação relativa ao desempenho do SUS na MSF, a ampliação da oferta dos procedimentos ambulatoriais pelos mesmos, nos últimos anos, pode estar relacionada aos efeitos da EC-29 e das transferências condicionadas.

No que diz respeito às políticas de educação executadas pelos municípios da MSF, os resultados também apontam no sentido do incremento do processo de descentralização do ensino fundamental, materializado através da expansão das matrículas nesse nível de ensino e da rede própria municipal.

Vazquez (2014) aponta que no período 1997-2006, em razão dos efeitos da implementação do Fundef, as redes municipais no Brasil cresceram 44,3%, enquanto as redes estaduais de ensino fundamental apresentaram uma queda acentuada (-34,5%) no número de matrículas (VAZQUEZ, 2014: 981). Segundo o autor, houve inicialmente uma forte transferência de oferta do ensino fundamental dos estados para os municípios, “e embora a criação do fundo não tenha estabelecido nenhuma obrigatoriedade de descentralização da oferta aos municípios – a competência pela oferta continuou compartilhada entre os governos estadual e municipal” (*idem*, 2014:981). Assim, após a implementação do Fundef, houve uma forte expansão das matrículas nas redes municipais de ensino, especialmente nos estados e municípios mais pobres e que concentravam o maior número de crianças fora da escola, demonstrado, nesse sentido, a efetividade do fundo como estratégia de indução federal no âmbito da descentralização do ensino fundamental. Aliás, o processo de municipalização do ensino fundamental jamais teria se incrementado nos últimos anos sem os aportes desses fundos. Vazquez (2014:982) aponta que, entre 1997-2006, o aumento real no volume de recursos do Fundo destinados aos municípios foi da ordem de 115%, frente ao crescimento de 45% das matrículas.

Contudo, após os anos iniciais de implementação do Fundef verificou-se uma trajetória decrescente da oferta de matrículas no ensino fundamental na maioria dos municípios brasileiros, quer seja por razões do êxito da própria política, com as metas da municipalização e da universalização do ensino fundamental sendo atingidas, quer seja por razões demográficas (*idem*, 2014). O que deve ser registrado, no entanto, é que os aportes do fundo aumentaram substantivamente, mesmo diante da redução do ritmo da oferta de matrículas pelos municípios.

A criação do Fundeb, em 2006, que ampliou os recursos para todas as etapas e modalidades da educação básica, não alterou a tendência de redução das matrículas e de incremento dos aportes. Isso pode ser observado nos municípios da MSF. As tabelas 8 e 9 (abaixo) mostram respectivamente o total de recursos destinados via Fundef/Fundeb para os municípios considerados, no período 2004-2014, e a evolução das matrículas no ensino fundamental em cada um desses municípios no mesmo período. É importante ressaltar que os aportes do Fundef/Fundeb realizados na MSF cresceram ano a ano e

proporcionalmente ao número de matrículas, o que permite totalizá-los dentro de subperíodos (tabela 8).

Tabela 8 – Repasses de Recursos do Fundef/Fundeb – MSF/2004-2014 (R\$)

Municípios	2004-2007	2008-2011	2012-2014
Angra dos Reis	87.547.900,92	157.553.577,87	188.940.055,61
Barra do Piraí	22.799.995,31	50.715.847,58	64.283.229,68
Barra Mansa	88.194.083,39	140.270.494,39	159.966.299,35
Itatiaia	18.261.887,55	33.926.703,94	39.360.368,70
Paraty	18.579.644,25	36.742.824,13	46.522.146,60
Pinheiral	13.918.260,28	20.988.543,30	26.087.719,98
Piraí	22.338.617,08	39.875.512,22	43.497.154,38
Porto Real	10.244.829,13	21.155.196,17	25.117.426,17
Quatis	8.690.018,67	14.865.421,54	18.150.390,08
Resende	53.122.004,30	91.919.492,82	112.619.070,22
Rio Claro	9.024.088,79	20.333.852,05	24.617.407,21
Rio das Flores	5.333.232,12	11.806.464,63	13.499.903,73
Valença	24.317.350,10	61.505.476,47	75.479.126,26
Volta Redonda	151.973.276,13	252.978.008,00	293.476.512,51

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Tabela 9 – Matrículas da Educação Básica (Ensino Fundamental) – MSF/2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	18.060	18.511	19.119	18456	18329	19259	17587	17453	17260	16981	16632
Barra do Piraí	4.633	4.551	4.970	4792	4752	4780	4826	5213	5363	5635	5718
Barra Mansa	18.677	18.961	17.902	17138	16932	16663	16257	15499	14913	15435	15366
Itatiaia	3.934	3.767	3.589	3510	3700	3567	3330	3244	3299	3253	3186
Paraty	3.851	3.855	4.023	4024	4418	4496	4343	4461			
Pinheiral	3.021	2.922	2.673	2513	2490	2372	2353	2280	2326	2354	2342
Piraí	4.486	4.855	4.883	4849	4856	4676	4555	4047	4009	3839	3649
Porto Real	2.013	2.193	2.203	2352	2451	2261	2148	2238	2339	2373	2648
Quatis	1.809	1.820	1.818	1672	1679	1614	1569	1498	1543	1598	1653
Resende	11.394	10.948	9.875	9616	9493	8777	8578	8431	8367	8874	9021
Rio Claro	1.837	1.729	2.066	2002	2036	2140	2177	2193	2198	2163	2103
Rio das Flores	1.077	1.156	1.102	1077	1084	1152	1106	1100	1040	1026	1017
Valença	4.553	4.845	5.151	5057	5127	5337	5052	5027	4964	4928	4813
Volta Redonda	32.096	31.199	30.461	29232	29040	28198	11829	26613	26284	25260	10918

Fonte: INEP

Embora o número de matrículas tenha oscilado, a maioria dos municípios da MSF registrou um declínio desse indicador – alguns registrando uma forte redução, como é o caso de Volta Redonda -, em grande medida provocado pelas razões enunciadas acima. O inverso ocorreu em outros municípios cuja oferta inicial de educação básica era bastante incipiente, como Barra do Piraí, Paraty, Porto Real e Rio Claro. Tais municípios, diga-se, expandiram suas matrículas no ensino básico como estratégia de captação de recursos; e quando completarem a expansão da oferta de

matrículas é bem provável que seguirão a trajetória dos demais municípios considerados. Cumpre destacar que os aportes realizados pelo Fundef/Fundeb na MSF tiveram um efeito fortemente redistributivo, já que complementaram os recursos destinados ao ensino básico, especialmente dos municípios mais pobres, aumentando, portanto, o valor médio do fundo aplicado por aluno/ano em cada município.

Quando se divide o valor anual dos aportes destinados pelo fundo aos municípios da MSF pelo total anual de matrículas realizadas pelos mesmos, obtém-se o valor médio aplicado por aluno/ano em cada município. Os resultados dessa equação demonstram um forte movimento de equalização dos valores médios aplicados por aluno/ano na MSF. Excetuando o município de Volta Redonda que destoou da média por ter apresentado um aumento muito significativo dos valores médios aplicados por aluno/ano, a grande maioria dos municípios quadruplicou esses valores no período de 2004 a 2014. Em 2004, o valor médio do Fundef aplicado por aluno/ano no município de Volta Redonda era de R\$ 1.104,53, em 2014, esse valor, desde então repassado pelo Fundeb, contabilizou R\$ 9.675,00. Nos demais municípios, excetuando Paraty que não apresentou os resultados das matrículas efetuadas entre 2012 e 2014, o incremento foi menor do que o registrado em Volta Redonda, mas não deixou de ser significativo, passando de R\$1.071,25, em 2004, para R\$4.441,83, em 2014. Cabe salientar que os valores repassados pelo Fundef/Fundeb aos municípios da MSF poderiam ter sido maiores se, conforme destacado, o Governo Federal tivesse reajustado adequadamente os valores para os repasses.

5. Conclusão

A necessidade de desenvolver capacidades institucionais de implementação de políticas sociais nos municípios brasileiros tem recebido uma atenção crescente por parte da literatura. Tais capacidades, em suma, são fundamentais para internalizar nas esferas locais de governo uma cultura de negociação intergovernamental e de qualificação técnica e política da burocracia responsável por essa implementação.

Contudo, a construção dessas capacidades no Brasil, conforme visto, tornou-se fortemente dependente das estratégias de indução colocados em curso pelo Governo Federal nos últimos anos através de mecanismos de coordenação federativa. Tais estratégias se constituíram como importantes instrumentos de política sociologicamente informados, pois fundamentados na superação dessas desigualdades, induzindo os municípios a se engajarem na superação de problemas de ação coletiva, advindos de uma estrutural assimetria de recursos, ao torná-los mais capazes institucionalmente de prover políticas descentralizadas de educação e saúde. Pode-se dizer, nesse aspecto, que essas estratégias auxiliaram os municípios brasileiros a capilarizar a oferta dessas políticas, ampliando assim as capacidades de provisão social do Estado por todo o território.

Este estudo destacou que os mecanismos de indução federal e de coordenação federativa se constituíram como importantes vetores das estratégias de implementação das políticas de educação fundamental e de atenção à saúde nos municípios da MSF, gerando um arranjo local de implementação de políticas mais redistributivo. Em que pese esses mecanismos, a discrepância registrada nos indicadores de desempenho dessas políticas, nos respectivos municípios, ainda se constitui como problema de política pública a ser enfrentado, o que exigirá maiores esforços de coordenação e articulação de suas políticas com as diretrizes nacionais.

Deve-se salientar, à guisa de conclusão, que o quadro de subfinanciamento das políticas sociais, sobretudo no âmbito nacional, compromete a expansão continuada

dessas políticas no nível local. Em razão de sucessivos ajustes fiscais e contingenciamentos dos gastos sociais, os instrumentos de coordenação federativa das políticas sociais descentralizadas também podem induzir o poder local a se adaptar a uma oferta mitigada de políticas sociais universais.

6. Bibliografia

ALMEIDA, M. H. T. de. (1995). "Federalismo e Políticas Sociais". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28, (10), jun., pp. 88-108.

_____. (2005). "Recentralizando a Federação?". *Revista de Sociologia e Política*, vol. 24, pp. 29-40

ARRETCHE, M. (1997). "O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas". In Gerschman, S.; Werneck Vianna, M.L. T. (Orgs.) *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____. (2000) *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Revan/FAPESP.

_____. (2004). "Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e Autonomia". *São Paulo em Perspectiva*, vol. 18, no 2, pp. 17-26

_____. (2005). "A Política da Política de Saúde no Brasil". In Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C.; Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

_____. (2012). *Federalismo e Centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FGV/Fiocruz.

_____. (2015) "Trazendo o Conceito de Cidadania de Volta: a propósito das desigualdades territoriais". In Arretche, M. (org.). *Trajetórias das Desigualdades. Como o Brasil Mudou nos Últimos Cinquenta Anos*. São Paulo: Ed. Unesp/CEM.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (2007). "Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde". In Hochman, G.; Arretche, M.; Marques, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ,

CASTRO, J. A. de.; CARVALHO, C. H. A. de. (2013). "Necessidades e Possibilidades para o Financiamento da Educação Brasileira no Plano Nacional de Educação". *Educação & Sociedade*, vol. 34, n. 124, 2013, pp. 829-849.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L.; RIBEIRO, J. (1999). "A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil". *Revista do Serviço Público*, 50 (3), pp. 5-30.

ELIAS, Norbert. (1993). *O Processo Civilizador: formação do Estado e civilização – Vol. 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

EVANS, P. RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (1985). *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.

EVANS, P. (1995). *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

_____; RAUCH, J. E. (2014). "Burocracia e Crescimento: uma análise internacional dos efeitos das estruturas do Estado 'weberiano' sobre o crescimento econômico". *Revista do Serviço Público*, vol.65, n. 4, pp. 407-437.

GERSHMAN, S; VIANA, A. L. D. (2005), "Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Neoliberal". In Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C.; Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia. Historia e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

GONCALVES, R.; LOTTA, G.; BITELMAN, M. (2008). "A coordenação federativa de políticas públicas duas décadas após a Constituição Federal de 88". *Encontro Nacional de Administração Pública e Governança*. Salvador. Anais. Salvador: ENAPG.

KERSTENETZKY, C. L.; A.M. BRITTO; WALTENBERG, F. D. (2012), "Educação: revolução pela inércia?". *CiênciaHoje*, n. 299,out., pp. 26-31.

MANN, M. (1993). *The Sources of Social Power. The Rise of Classes and Nation-States, 1760-1914*. Vol. II. Cambridge: Cambridge University Press.

PINHEIRO, R. (2012). "Em Defesa da Vida: Modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda". *Revista de Administração Pública – RAP*, 36 (2), Mar/Abr, pp.213-32.

POGGI, G. (1978). *The Development of the Modern State: A Sociological Introduction*. Stanford: Stanford University Press.

ROCHA, S. (2013). "Educação de qualidade e democrática: um direito de todos – desafios da educação básica" In Fonseca, A.; Fagnani, E. (orgs.). *Políticas Sociais, Desenvolvimento e Cidadania. Educação, Seguridade Social, Pobreza, Infraestrutura Urbana e Transição Demográfica*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

SÁTYRO, N.; SOARES, S. (2007). "A Infra-Estrutura das Escolas Brasileiras de Ensino Fundamental: um estudo com base nos Censos Escolares de 1997 a 2005". Texto para discussão do IPEA, n. 1267. Brasília: IPEA.

SOUZA, C. (1996). Reinventando o Poder Local? Limites e possibilidades do Federalismo e da Descentralização. *São Paulo em Perspectiva*, v.10, n.3, p.38-52.

_____.(2005). Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*. n. 24, jun, pp. 105-121.

TILLY, C. (1996). *Coerção, Capital e Estados Europeus*. São Paulo: Edusp.

_____. (2007), *Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.

VAZQUEZ, D. A. (2014). Mecanismos Institucionais de Regulação Federal e seus Resultados nas Políticas de Educação e Saúde. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, vol. 57, nº4, pp. 969 a 1005.

VIANA, A. L. A; SILVA, H. P., LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (2013). "O sistema de saúde brasileiro: dilemas atuais". In Fonseca, A.; Fagnani, E. (orgs.). *Políticas*

Sociais, Desenvolvimento e Cidadania. Educação, Seguridade Social, Pobreza, Infraestrutura Urbana e Transição Demográfica. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

WALTENBERG, F. (2013), "Igualdade de oportunidades educacionais no Brasil: quão distantes estamos e como alcançá-las?" In Fonseca, A.; Fagnani, E. (orgs.). *Políticas Sociais, Desenvolvimento e Cidadania. Educação, Seguridade Social, Pobreza, Infraestrutura Urbana e Transição Demográfica.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

ZIBLATT, D. (2008), "Why Some Cities Provide More Public Goods than Others: A Subnational Comparison of the Provision of Public Goods in German Cities in 1912". *Studies in Comparative International Development.* vol. 43, pp. 273–289.

ⁱ A MSF é composta pelos seguintes municípios com as respectivas populações: Angra dos Reis (184.940), Barra do Piraí (96.568), Barra Mansa (179.697), Itatiaia (29.996), Paraty (39.965), Pinheiral (23.691), Piraí (27.579), Porto Real (17.970), Quatis (13.415), Resende (124.316), Rio Claro (17.768), Rio das Flores (8.838), Valença (73.445) e Volta Redonda (262.259).

ⁱⁱ Com o Fundeb, os aportes de recursos, especialmente da União, foram redimensionados, tendo-se em conta as necessidades educacionais identificadas e os objetivos e metas (quantitativos e qualitativos) previstos nos planos dos estados e municípios (ROCHA, 2013).

ⁱⁱⁱ Desde meados da década de 1990, as regras para os repasses de recursos no âmbito do SUS foram pactuadas de acordo com a operação da gestão descentralizada das políticas de saúde realizadas pelos municípios, através das chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB 01/96 estabeleceu fundos exclusivos para o financiamento da saúde entre as três esferas de governo, cujos repasses são fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde), de acordo com a adesão de cada município a uma das duas formas previstas de gestão municipal: a plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde. Em 1998, os repasses de recursos para a atenção básica passaram a ser efetuados *ex-ante*, condicionados à oferta *ex-post* de ações de saúde. Para tanto, foram criados pisos básicos de atenção destinados aos municípios: o PAB-fixo, que é calculado com base num valor *per capita*, ou seja, os recursos são proporcionais à população e devem ser utilizados para o atendimento das especialidades de atenção básica; e o PAB variável, com incentivos financeiros especiais para programas prioritários definidos pelo governo federal (VAZQUEZ, 2014: 988).

^{iv} A implementação gradual da Emenda Constitucional no 29 (EC 29), aprovada em setembro de 2000, obrigou os municípios e estados a aplicarem, inicialmente, 7% das receitas de impostos e transferências em saúde no primeiro ano, até alcançarem 12% e 15% das receitas estaduais e municipais, respectivamente, no ano de 2004. Regulamentada apenas em 2012, os efeitos da EC-29 ampliaram os recursos dos estados e municípios na área da saúde.

^v O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), elaborado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), tem permitido ao MEC estabelecer metas de desempenho bianuais para as escolas, os sistemas municipais, estaduais e federal de ensino. A meta é obter média seis na primeira fase do Ensino Fundamental até 2022, tendo como base os resultados obtidos pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

^{vi} O IDSUS foi lançado em 2012 como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS nos estados e municípios. Para os municípios o índice é particularmente importante, pois mensura e avalia se os recursos transferidos estão sendo revertidos efetivamente em ações de saúde, como a ampliação de cobertura municipal nos três níveis de atenção. O índice é composto por uma nota que varia de zero a dez, onde os menores escores representam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no estado ou município considerado.