

# POLÍTICAS SOCIAIS E PODER LOCAL<sup>1</sup>

**Sonia Fleury<sup>2</sup>**

## 1. Introdução

Neste artigo vamos tratar o tema das políticas sociais afirmando que seu desenvolvimento ao nível local, dos municípios, gera possibilidades inovadoras na gestão pública que permitem aprofundar e consolidar a democracia em nosso país. Por meio das políticas sociais é possível alterar a distribuição de poder na sociedade, transformando privilégios em direitos, “direitos em princípio” em “direitos na prática”, clientelas em cidadãos ativos, estruturas administrativas patrimoniais e clientelistas em mecanismos eficientes de gestão pública, sociedades fragmentadas em novas formas de organização, integração e desenvolvimento do capital social, fortalecendo a governabilidade local.

Sem dúvida, este processo impõe desafios que requerem ser enfrentados pelos dirigentes locais, relativos, por exemplo, à expansão da cidadania e ao combate à exclusão, ao redesenho das relações entre esferas governamentais, às novas relações entre estado e sociedade, às inovações relativas ao planejamento participativo e à co-gestão pública, ao aumento da base técnica e valorização dos servidores do setor público.

Para desenvolver este argumento vamos, inicialmente, discutir o desenvolvimento das políticas sociais e suas relações com o conceito da cidadania, requisito fundamental da democracia. Em seguida, vamos analisar o desenvolvimento histórico do padrão de proteção social no Brasil, e sua transformação como fruto do processo de democratização, configurando o novo padrão constitucional a partir de 1988, no qual o papel do município ganha uma dimensão crucial.

Como a implementação desta nova configuração das políticas sociais vai ocorrer em um contexto de crise econômica, medidas de ajuste estrutural, inserção da economia em um processo de produção globalizado, torna-se necessário analisar as tendências mais recentes das reformas sociais, em relação ao dilema de compatibilização entre eficiência e equidade.

---

1. Versão reduzida e atualizada do artigo “Políticas Sociais e Democratização do Poder Local”, publicado em Vergara, S. e Correia, V. - *Propostas para uma Gestão Pública Municipal Efetiva*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

<sup>2</sup> Sonia Fleury é professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas- EBAPE da Fundação Getúlio Vargas, onde coordena o Programa de Estudos da Esfera Pública.

[Sfleury@fgv.br](mailto:Sfleury@fgv.br)

[www.ebape.fgv.br/pp/peep](http://www.ebape.fgv.br/pp/peep)

Finalmente, vamos analisar as tendências atuais do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, apontando alguns impasses e lições que podem ser identificados nas experiências que vêm sendo desenvolvidas em diferentes municípios.

## 2. A seguridade social inconclusa

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, a partir do início do século passado, por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988.

O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 80, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas são organizados e consolidados entre as décadas de 30 e 40, como parte do processo mais geral de construção do estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930. Datam desta época a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, a Legião Brasileira de Assistência – LBA, o Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP.

As diferenças entre o modelo de seguro social aplicado à Previdência Social e o modelo assistencial são conhecidos (Fleury, 1994).

- No **modelo assistencialista** as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se em base à associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma fragmentada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostas. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas estigmatizantes e compensatórias. Por isto, denomino a esta relação como de **cidadania invertida** na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social (Fleury, 1997).
- No **modelo de seguro social**, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley G. dos Santos (1979) denominou a relação como de **cidadania regulada** pela condição de trabalho.

No período da democracia populista (1946-1963) a expansão do sistema de seguro social vai fazer parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha. Fenômeno este que ficou conhecido como massificação de privilégios e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

Dado o baixo investimento governamental nos programas e políticas de saúde e educação, a cobertura, nestes setores, caracterizou-se sempre como muito baixa, mesmo quando comparada à de nossos vizinhos latino-americanos. A expansão destes sistemas submeteu-se muito mais à lógica clientelista que às necessidades e demandas da população.

A inflexão que vão sofrer os sistemas e mecanismos de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964 obedeceu a quatro linhas mestras: a centralização e concentração do poder em mãos da tecnocracia, com a retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; o aumento de cobertura incorporando grupos e benefícios anteriormente excluídos; a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais (FGTS, PIS-Pasep, Finsocial, FAS, Salário-Educação); a privatização dos serviços sociais (em especial a educação universitária e secundária e a atenção hospitalar).

O regime burocrático-autoritário não rompeu com as características anteriormente apontadas, mantendo a convivência dos modelos de seguro e de assistência em sistemas centralizados, fragmentados, ineficientes, superpostos e submetidos à uma lógica clientelista. No entanto, adaptou este padrão de política social aos novos princípios que a orientaram a partir de então: financiado pelos trabalhadores, gerido por um Estado cada vez mais centralizador, fomentando a consolidação de uma área privada de acumulação de capital.

Ainda que tenha sido possível incorporar setores da população anteriormente excluídos, como as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos, e certos programas interessantes tenham sido desenhados nas áreas de habitação (BNH), alimentação (INAN) e medicamentos (CEME), em pouco tempo tais propostas mostraram-se limitadas, face a sua subordinação à lógica do clientelismo ou da lucratividade, em detrimento da perspectiva de efetuar alguma redistribuição pela via das políticas sociais.

A partir de meados dos anos 70, algumas iniciativas de reorganização do aparelho administrativo das políticas sociais, como a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, dão início a um período de tentativas de reformas do sistema de proteção social, visando a garantir maior racionalidade e capacidade de responder às demandas sociais que já se apresentam com força neste cenário de complexificação do tecido social e transição democrática (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985).

A luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974, que permitiram colocar em prática novos desenhos e modelos de gestão de políticas sociais, de caráter universalista e participativo.

Em segundo lugar, no interior do Executivo (INAMPS, FUNABEM, LBA, CEME, INAN, etc.), buscando aproveitar a crise das políticas sociais e sua incapacidade de responder às demandas crescentes, mantendo o mesmo modelo. A luta no interior destes órgãos evitou uma resposta meramente racionalizadora e aprofundou os processos de valorização do setor público e do processo de descentralização (datam deste período às políticas descentralizadoras e integradoras da área de saúde da Previdência e do Ministério da Saúde, conhecidas como as Ações Integradas de Saúde – AIS e seu sucessor, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS).

Em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática.

O resgate da dívida social passa a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para ele movimentos de natureza diversa, como o movimento municipalista, o movimento sindical, os movimentos de profissionais como o movimento sanitário, os movimentos sociais de base etc.

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania.

No **modelo de seguridade social** busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (como o Inamps ao MS). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social, introduz a noção de direitos sociais\* antes restritos à população beneficiária da previdência, e assume a equivalência de benefícios (urbano/rural), a irredutibilidade do seu valor, e a garantia de mínimos vitais ou patamares mínimos de renda a deficientes e idosos.

---

\* Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que vise à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 203 – A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela **universalidade** na cobertura, o reconhecimento dos **direitos sociais**, a afirmação do **dever do estado**, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da **relevância pública das ações e serviços** nestas áreas, uma perspectiva **publicista** de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional **descentralizado**.\*

Segundo o espírito da Constituição de 1988, a descentralização busca fortalecer Estados e Municípios, por meio de transferências constitucionais automáticas,\* superando os esquemas clientelistas e partidários de transferências conveniadas, anteriormente vigentes. Buscou-se diversificar as fontes de financiamento, definindo-se que a seguridade social seria financiada de forma direta e indireta por toda a sociedade, e os recursos seriam provenientes tanto de contribuições sociais quanto dos orçamentos da União, Estados e Municípios. Estes recursos deveriam compor o orçamento da Seguridade Social, cuja proposta seria elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social.

No entanto, este mecanismo nunca funcionou como previsto no artigo 195, inciso segundo, ocorrendo uma especialização das fontes de financiamento, ficando a previdência com os recursos das contribuições sobre a folha de salários de empregados e empregadores, a saúde com os recursos do Finsocial, questionado juridicamente, e a assistência com recursos da receita de concursos de prognósticos. Posteriormente, esta situação termina por ser legalizada, com a Emenda Constitucional no. 20, de 1988, destinando os recursos da folha de salários exclusivamente para a Previdência. Assim, na Seguridade Social ao invés do Orçamento da Seguridade Social, temos fontes especializadas, sendo a folha de salários destinada à Previdência, o faturamento à Assistência Social e o lucro líquido à saúde.

A disposição transitória da Constituição Federal que destinava 30% do orçamento da seguridade social para a saúde jamais se efetivou, gerando uma crise sem precedentes no setor, com a concomitante universalização da cobertura e a redução dos recursos financeiros necessários para isto. A tentativa de criar uma contribuição específica e exclusiva para o setor saúde – CPMF – foi também frustrada.

Só no ano 2000, foi finalmente aprovada a Emenda Constitucional 29, que assegura recursos das três esferas de governo para o setor saúde, rompendo mais de uma década de crise financeira e instabilidade do setor\*\*. Ainda assim, continua a discussão em torno de

---

\* A Previdência Social obedece à diretrizes semelhantes, diferindo apenas quanto preservação da centralização ao lado da persistência das previdências de estados e municípios. Por esta razão não será tratada neste artigo.

\* No Art. 59, determina-se que a União entregará 47% da receita líquida do imposto de renda e do imposto sobre produtos industrializados, nas seguintes proporções: 21,5% para o Fundo de Participação dos Estados, 22,5 para o Fundo de Participação dos Municípios, 3% para os fundos constitucionais de financiamento do setor produtivo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Posteriormente, há uma recentralização dos recursos financeiros com a criação do Fundo Social de Emergência depois denominado mais propriamente Fundo de Estabilização Fiscal e atenuado seu papel concentrador dos recursos estaduais e municipais, mas não em relação às contribuições sociais.

\*\* Nesta Emenda fica estipulado que:

que tipo de ações e atividades são consideradas de saúde, para efeito do cumprimento desta determinação legal.

Em relação à educação a Constituição reafirma a gratuidade do ensino público em todos os níveis, a obrigatoriedade do ensino fundamental onde atuarão prioritariamente os Municípios, prevê a extensão gradativa do caráter obrigatório ao ensino secundário e inova ao afirmar o direito à creche e à pré-escola.

A Constituição determina que estados e municípios estão obrigados a aplicar em educação pelo menos 25% da receita resultante da arrecadação de impostos, 50% dos quais no ensino fundamental, sendo o mínimo de 18% da arrecadação da União.

O padrão constitucional da proteção social inovou também na organização dos setores componentes da seguridade social, subordinando-os a dois princípios básicos, a participação da sociedade e a descentralização político-administrativa. Ou seja, o novo formato das políticas sociais deveria aprofundar o duplo movimento de democratização, qual seja, desde o nível central em direção ao nível local e desde o estado em direção à sociedade.

A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental. O arcabouço legal seria completado com a promulgação das leis orgânicas, em cada setor, que finalmente definiriam as condições concretas pelas quais estes princípios constitucionais e diretivas organizacionais iriam materializar-se.

No entanto, a correlação de forças que favorecera a promulgação deste modelo constitucional havia mudado e a promulgação das leis orgânicas só foi possível graças à rearticulação das forças reformistas, para pressionar e negociar com um governo de orientação claramente centralizador e liberal.

---

À União caberá aplicar no ano 2000 o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde em 1999, acrescido de, no mínimo, 5%; do ano 2001 ao ano 2004 aplicar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB (inflação + variação real do PIB).

Os Estados deverão aplicar, até 2004, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% da base de cálculo composta da soma das suas receitas, ICMS, IPVA, Imposto de transmissão causa mortis e doação de bens e direitos, Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos (inclusive por suas autarquias e fundações), Transferência do Fundo de Participação dos Estados - FPE, Transferência de 10% do IPI sobre exportações, com a dedução das transferências entregues aos Municípios, 50% do IPVA, 25% do ICMS e 25% do IPI sobre exportações recebido da União.

Até o ano 2004, os Municípios deverão estar aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da soma das receitas do ISS, IPTU, Imposto de transmissão intervivos, Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos (inclusive por suas autarquias e fundações), Transferência do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Transferência do ITR, Transferência do IPI sobre exportações, Transferência do ICMS, Transferência do IPVA.

Na área de saúde foram finalmente promulgadas as Leis 8080 e 8142 de 1990, que regulam as ações, a organização e o funcionamento dos serviços e dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde, SUS, sobre a alocação dos recursos financeiros e sobre a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) demorou cinco anos para ser promulgada (Lei 8742/93), instituindo o Conselho Nacional de Assistência Social, responsável pela política nacional e pela gestão do fundo nacional de assistência social (Rachelis, 1998).

A legislação ordinária promulgada nos anos 90 visa a concretizar o processo de descentralização e co-gestão das políticas sociais, em um contexto altamente desfavorável, com a prioridade governamental já orientada para a estabilização da moeda, a redução do tamanho do estado e do gasto público e o fechamento das contas externas.

Neste contexto observa-se, por um lado, que o governo tende a ver o investimento social como gasto a ser reduzido e, por outro lado, que a preponderância dos valores da sociedade de consumo – o individualismo e a competição – diminuem a importância dos valores solidários e das estratégias de cooperação, base dos pactos societários que deram origem e sustentação às políticas de proteção social.

A hegemonia do pensamento liberal impõe uma nova agenda de reformas, em oposição ao padrão constitucional brasileiro, propugnando a intervenção mínima do estado em políticas focalizadas em relação aos grupos mais vulneráveis, com a prestação de serviços sendo atribuída prioritariamente ao setor privado, lucrativo ou não, buscando aumentar os recursos financeiros com a cobrança aos usuários, com a alocação de recursos através da demanda e não da oferta, garantindo assim suposta livre escolha dos consumidores e a competição entre os prestadores de serviços. A política social passa a ser manejada por meio de projetos, com a perda de sua organicidade (Fleury, 1999).

Com a globalização da economia os estados nacionais deixam de ser o centro concentrador do poder político, tendo sua soberania sobredeterminada por instâncias supranacionais, cuja agenda de reformas para os setores sociais foi referida acima. Atores tradicionais, vinculados ao estado desenvolvimentista – burocracia, sindicatos, profissionais, etc. – perdem legitimidade e capacidade de controlar os recursos e a agenda pública. Por outro lado, assistimos à emergência de novos atores, possuidores de diferenciados graus de organização e capacidade de redefinir, em função de seus interesses, o escopo e as prioridades no campo das políticas sociais, como as companhias de seguros, os produtores privados, a burocracia das agências internacionais, as organizações não governamentais e os representantes dos governos locais.

A complexificação do tecido social brasileiro, com a emergência de inúmeras organizações e movimentos populares de base, permite a introdução de novos temas na agenda pública, vocaliza as demandas sociais emergentes e constitui-se em recurso organizacional que produz o adensamento da sociedade civil e o aumento do capital social. Se nos anos 70 estes movimentos e organizações populares adotaram uma posição exterior e antagônica ao Estado, nos anos 80 integraram-se em formas mais amplas de organização e mobilização pela construção de uma ordem constitucional democrática. A partir dos anos 90, torna-se mais claro para os movimentos e organizações sociais que não se trata apenas de reivindicar

direitos, mas de ampliá-los através de sua participação na gestão pública destes direitos e políticas sociais (Carvalho). Este novo contexto, em que Estado, governo e sociedade se transformam, vai requerer novos arranjos políticos e administrativos entre Estado, mercado e comunidade.

Uma certa continuidade entre o movimento democrático dos anos 80 e o movimento reformador de corte mais técnico dos anos 90 pode ser encontrada no setor de educação. Promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96), fica clara a prioridade de garantia da oferta do ensino fundamental obrigatório, para o que, requeria-se retomar e aprofundar o processo de descentralização dos anos 80. A estratégia adotada foi a redefinição do papel do Ministério (MEC) no processo de gestão pública, como coordenador das políticas nacionais, deixando a cargo dos governos estaduais e municipais a execução destas políticas.

As políticas educacionais assumiram um novo enfoque, centrado na busca de um novo padrão de equidade, visando à promoção de ações focalizadas para corrigir desigualdades sociais, econômicas e regionais que impedem a universalização do acesso ao ensino fundamental. Na busca de melhoria da qualidade da educação básica foram adotadas políticas de valorização dos professores e implantados parâmetros curriculares e um sistema de avaliação de desempenho. No entanto, os resultados recentes apontam ainda enormes debilidades em relação à qualidade do ensino, ainda que observe-se significativa melhoria no acesso ao ensino básico.

Diferentemente da orientação da descentralização apenas para o município, adotado em outras áreas de políticas sociais, foi criado um programa de repasse de recursos financeiros diretamente às escolas, a ser gerido por um conselho com representantes da comunidade.

Para viabilizar o novo desenho e articulação institucionais, foi criado o FUNDEF\* (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino e Valorização do Magistério), que vincula a descentralização do ensino fundamental e a divisão de encargos entre Estados e Municípios à redistribuição dos recursos com base no número de alunos atendidos pelas respectivas

---

\* A EC nº14 criou um fundo contábil, denominado Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino e Valorização do Magistério (Fundef), estabelecendo que 25% do total das receitas e das transferências serão vinculados à manutenção e desenvolvimento do ensino.

Para a composição do Fundef ficou estabelecido que cada esfera do governo contribuirá através das seguintes fontes de financiamento:

A União contribuirá complementarmente através do salário-educação, 18% das receitas de impostos devidos à União, seguro-receita da Lei Complementar nº87/96 e outras fontes;

Os Estados e o Distrito Federal contribuirão com 15% do ICMS, 15% do FPE e 15% da parcela do IPI que é devida aos Estados e DF

Os municípios contribuirão com 15% do ICMS e 15% do FPM.

Os recursos são distribuídos aos Estados e Municípios de acordo com o número proporcional de alunos matriculados. Além disso, 60% do total dos recursos deverão ser utilizados com pagamento e capacitação de professores (Castro, 1998).

A forma como são arrecadados e distribuídos os recursos apontam para uma melhor redistribuição da quantia disponível para a política de educação. Isto porque, além de serem utilizadas verbas do FPM e do FPE, os valores destinados a cada município são estipulados em função da demanda (do número de matrículas) e, sendo assim, a necessidade local por educação determinará a distribuição dos recursos.



redes de ensino; garante um valor mínimo por aluno, como mecanismo para reduzir desníveis regionais e intra-estaduais; estabelece a destinação de, no mínimo, 60% dos recursos para pagamento de salários dos professores (Castro, 2000). Foram também introduzidos programas complementares como o bolsa-escola, um programa de renda mínima para crianças carentes que estejam matriculadas e frequentando a escola fundamental.

Em resumo, a reforma educacional em curso inscreve-se dentro dos princípios constitucionais de universalização, descentralização e participação, mas atualiza os mecanismos de gestão, introduzindo elementos de autonomia das unidades, financiamento à demanda, avaliação de desempenho e, fundamentalmente, mecanismos de redistribuição dos recursos e redução das disparidades regionais.

As reformas na educação aparentam seguir um ciclo virtuoso, com aprofundamento e melhorias sucessivas, mas, no entanto, introduzem um corte tecnocrático, com a incapacidade de negociar as reformas com os principais atores envolvidos (universitários, professores, sindicatos), considerados como um empecilho à mudança.

Ao lado desta reforma, impulsionada desde o nível central, observa-se o desenvolvimento, pelos governos locais, de programas de renda mínima que vinculam o repasse de recursos à frequência à escola, denominados Programa Bolsa-Escola. O fato destes programas terem seguido o caminho inverso, ou seja, originado-se no nível municipal e, posteriormente, chegar a ser absorvido pelo nível central, mostra a nova realidade brasileira na qual evidencia-se o dinamismo do nível local, como resultado do processo de descentralização e das novas responsabilidades sociais dos gestores municipais.

No caso da assistência social, especificamente, consideramos que houve uma ruptura do modelo constitucional, com a criação do Programa Comunidade Solidária, que introduziu uma estrutura paralela àquela definida na Constituição e na legislação ordinária (LOAS).

Os percalços na condução e consolidação do sistema constitucional de assistência social foram muitos, desde o veto do presidente Collor ao projeto da LOAS, por não concordar com a garantia do salário mínimo mensal a deficientes e idosos, até a *refilantropização* da política assistencial, com o esvaziamento dos órgãos públicos, repasse de recursos a entidades filantrópicas privadas e a retomada da gestão pública em mãos da primeira-dama.

A extinção da LBA e da CBIA estavam previstas no modelo constitucional e na proposta de descentralização e municipalização dos órgãos federais de assistência social, mas segundo Sposati (1995), o que ocorreu foi a liquidação destas instituições, dispersando seus recursos em burocracias de várias instâncias federais.

Com a promulgação da LOAS em 93, retomou-se a construção do modelo constitucional, baseado na existência de um sistema descentralizado composto de conselhos gestores, com participação comunitária, e na existência de fundos de assistência em cada esfera governamental, além dos conselhos de defesa dos direitos (da criança, da mulher, da pessoa humana, etc.) A coordenação do sistema e da política nacional de assistência social foi atribuída à Secretaria de Assistência Social (SAS), do MPAS. No entanto, a definição de critérios extremamente restritivos de acesso aos benefícios assistenciais (denominados de

prestação continuada) implicou em uma irrisória cobertura, face à demanda potencial existente.

Este movimento de consolidação das reformas constitucionais encontrou-se com um movimento social de grande expressão nacional (Movimento pela Ética na Política), por meio do qual a sociedade civil cobrava do governo a implantação de um programa de segurança alimentar, para combate à fome e à miséria. Em 1993, foi criado o Conselho de Segurança Alimentar - CONSEA, como resposta à esta demanda, mas teve vida breve, sendo extinto pelo presidente Fernando Henrique em 1995. Este governo cria então o Programa Comunidade Solidária (decreto 1366/95), coordenado pela primeira-dama e organizado em forma de um conselho consultivo e uma secretaria executiva, buscando articular os diferentes atores ministeriais, governos locais e organizações sociais, para a focalização de suas ações em municípios pobres, de forma a cumprir, em parceria, uma agenda básica de combate à pobreza.

As duas estruturas, da SAS e do Comunidade Solidária, seguem em paralelo, gerando áreas de atrito entre as duas esferas de ação governamental.

Apesar das duras críticas à proposta da SAS para a política nacional de assistência social, encaminhadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social em 1996, a avaliação em relação à estrutura montada a partir da LOAS, composta pelos conselhos e conferência descentralizados, é positiva, na medida em que permitem o fortalecimento da esfera pública. Segundo Maria do Carmo Carvalho, (Rachelis, 1998) merecem destaque a participação da sociedade organizada – possibilitada pelas novas leis como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a LOAS – buscando construir espaços de co-gestão e controle social em áreas de políticas tradicionalmente marcadas pelo paternalismo e clientelismo. A participação e capacitação das organizações sociais também são uma prioridade central do Programa Comunidade Solidária e do seu sucessor Programa Comunidade Ativa.

O padrão constitucional de descentralização em direção ao município e à sociedade organizada, tem sua expressão institucional mais desenvolvida, na organização do Sistema Único de Saúde - SUS. Fruto de uma longa luta pela democratização, o setor saúde, organizado como movimento sanitário, chegou ao processo constitucional com uma agenda pronta e socialmente legitimada (Fleury, 1997). A materialização deste projeto político setorial pode ser apreendida a partir das suas principais características, em relação à formação da política, aos mecanismos de participação e controle social, às formas de co-gestão, à estratégia de descentralização.

A formação da política de saúde tem como mecanismo principal a convocação periódica das Conferências de Saúde, nas quais ocorre um processo subsidiado tecnicamente desde o centro e ascendente desde o nível local, passando pelo regional, até chegar ao central, de discussão do temário, eleição dos delegados e votação das proposições. Este processo de mobilização política, embora não garanta o cumprimento do relatório final das conferências pelo governo, assegura a legitimidade política necessária para garantir a continuidade dos rumos da reforma.

A participação da sociedade organizada na gestão pública está assegurada pelo mecanismo de conselhos de saúde, existentes em cada uma das esferas de governo. Este arranjo institucional é visto como tendente a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento das demandas no setor, porque introduz novos filtros à seletividade da demanda permitindo maior permeabilidade aos interesses populares, tornando público e técnico o seu processamento. Permite também o enfrentamento dos diferentes atores na esfera pública e obriga os governantes a prestarem contas de suas ações (Carvalho, 1997).

Estas tendências apontadas por Antonio Ivo de Carvalho (1977) começam a ser expressas em número, quando observamos que já existem no Brasil mais conselheiros que vereadores. Em pesquisa a que responderam 1.422 secretários de saúde, 75,2% identificaram o Conselho Municipal de Saúde como a força social mais importante, sendo considerado também o mais importante procedimento para definição de prioridades e o segundo em relação à prestação de contas (sendo o primeiro a prestação de contas ao prefeito, com um percentual de menos de 1% superior ao segundo, o CMS) (Fleury, 1997).

A co-gestão em saúde inovou também na criação de instâncias de pactação entre as esferas governamentais, em relação à distribuição de recursos, definição e execução das políticas. Para isso foram criados consórcios municipais, a comissão intergestores bipartite (entre Estado e Municípios) e a comissão intergestores tripartite (entre União, Estados e Municípios).

A construção de um federalismo pactuado, em diferentes instâncias institucionais, é algo completamente distinto do tipo de pacto tradicionalmente fundado na barganha política. A institucionalização das instâncias de pactação como instâncias gestoras, retira este caráter politiquero e assume a negociação democrática e transparente entre as partes como forma de construção de um estado mais democrático. Trata-se de um modelo de governança setorial, que foi também adotado pela área de assistência social, mas cujo sucesso o capacitou a extrapolar as fronteiras setoriais e ser tomado como modelo para a reorganização do sistema de segurança.

Finalmente, o processo de descentralização no Brasil, até recentemente, adotou a estratégia de fortalecimento do poder local a partir da municipalização das políticas sociais. Só recentemente foi introduzida a perspectiva de aumento da autonomia na gestão das unidades prestadoras de serviços, como hospitais ou escolas.

O desenho da descentralização do setor saúde foi elaborado a partir do reconhecimento da debilidade institucional e política apresentada pelos governos locais. Assim, delineou-se um processo de descentralização progressiva, através do qual o nível central definia certos requisitos, técnicos e políticos, que deveriam ser cumpridos antes que o nível local obtivesse a autonomia de gestão dos recursos relativos ao sistema municipal de saúde. Foram definidas situações distintas: gestão incipiente e semiplena, para indicar a autonomia em relação aos recursos destinados apenas à atenção básica ou à totalidade de recursos destinados à rede municipal de saúde.

Esta forma progressiva de descentralização dos recursos financeiros tem aspectos positivos e negativos. Positivos, em relação à exigência de capacitação técnica e política do nível local, obedecendo a um desenho comum que evita a fragmentação do sistema. O resultado mais notável deste processo foi a formação de um ator político que hoje responde técnica e politicamente pelos rumos da reforma sanitária, que são os secretários municipais de saúde, organizados no CONASSEM e os secretários estaduais de saúde, organizados no CONASS.

Mas há também aspectos negativos, na medida em que a tensão gerada pelo controle dos recursos financeiros tende sempre a favorecer o nível central, onde são arrecadados e concentrados os recursos financeiros. Além do mais, o nível central determinou a modalidade predominante de repasse de recursos por produção de serviços, o que favorece o modelo de atenção curativa e os municípios de grande porte, onde está concentrada a rede de atenção de maior complexidade.

A partir de 96, NOB 96, foi implantada a transferência direta do fundo nacional aos fundos municipais, de todos os recursos da assistência ambulatorial básica para os municípios habilitados na gestão plena da atenção básica, passando a ser alocados em base a um per capita, com um montante fixo e outro variável (a partir de 1988) com incentivos para os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, reduzindo assim as disparidades regionais (Oliveira Jr., 1999).

Duas lições importantes podem ser apreendidas da experiência recente do setor saúde. A primeira, diz respeito à gestão do sistema e pode ser formulada da seguinte maneira: a reforma do setor saúde introduziu instrumentos inovadores de gestão do sistema mas não alterou, com isso, a gestão das unidades de saúde. É necessário desenvolver tecnologias específicas de gestão dos serviços, para melhorar a qualidade e eficiência da prestação dos serviços de saúde.

A segunda constatação decorre da introdução dos programas focalizados de agentes comunitários e saúde da família, como forma de garantir o acesso aos serviços por parte da população excluída. A experiência bem-sucedida, ainda que recente, tem mostrado que é possível superar a oposição entre focalização e universalização, buscando desenvolver políticas seletivas que beneficiem, dentro de sistemas universais, grupos excluídos.

### **3. Proposições finais**

O novo formato constitucional das políticas sociais brasileiras, apesar de ter sido implantado em contexto socioeconômico diferente daquele no qual teve origem, e, sob vários aspectos, adverso, tem-se mostrado um importante meio de transformação tanto do estado quanto da sociedade, na construção da democracia em nosso país.

Esta conclusão decorre da estratégia adotada de fortalecimento do poder local, onde o local é pensado não apenas como um território, ou uma instância administrativa de governo, mas como uma sociedade local, que, segundo Arocena (1995) diz respeito a uma identidade coletiva expressa em valores e normas interiorizadas por seus membros, conformando um sistema de relações de poder constituído em torno a processos locais de geração de riqueza.

Em outras palavras, o autor fala da sociedade local como um sistema de ação sobre um território limitado, capaz de produzir valores comuns e bens localmente geridos.

A experiência recente tem demonstrado que este processo gerou um enorme potencial de inovação social, transformando as estruturas governamentais e as formas de gestão pública de forma a permitir a inclusão dos setores anteriormente excluídos da condição de cidadania.

Muitas destas experiências locais ou regionais – agentes comunitários de saúde, orçamento participativo, programas de renda mínima ou de bolsa-escola, reforma educacional – são hoje reconhecidas internacionalmente e aplicadas em outros contextos ou servem de base para reformas e programas nacionais. O nível local, neste caso, tem sido um fértil laboratório de tecnologias de gestão social.

As condições para a inovação social dependem tanto do grau de autonomia gerado pela descentralização quanto de novos arranjos e redefinição dos papéis estratégicos de cada esfera de governo, em função das necessidades e capacidades existentes (Tendler, 1998). Depende também da capacidade dos dirigentes de mobilizar e valorizar os funcionários públicos na redefinição da missão institucional, comprometendo-os com os desafios do processo de democratização da gestão.

O ponto fundamental é, sem dúvidas, a compreensão da importância de abrir as estruturas estatais de planejamento e gestão à sociedade, para que se possam criar processos democráticos de co-gestão. Aceitar, enfim, que dividir poder não diminui o poder do governante, mas sim o multiplica. Esta é a base da geração de governabilidade local, requerida na transformação da gestão de estruturas tradicionalmente comprometidas com o clientelismo e a corrupção. No campo das políticas sociais, onde há interesses tão diversos em jogo, e em que são enormes as disparidades de recursos dos diferentes grupos de interessados, é imprescindível criar espaços públicos em que estes interesses possam ser confrontados de forma transparente, gerando possibilidades de negociação e geração de consensos.

Mas, se as políticas sociais são voltadas para a construção simultânea da cidadania e de governos democráticos, torna-se necessária a atuação positiva dos governantes no sentido de aumentar as capacidades e recursos técnicos e políticos dos setores mais marginalizados, permitindo-lhes participar do jogo político em condições menos desvantajosas. Esta é uma equação difícil, na qual se requer do Estado gerar as próprias condições para a auto-organização da sociedade, favorecer o aumento do capital social, sem que isto implique em perda da autonomia das organizações sociais e seu atrelamento ao aparelho de Estado.

Com base nas experiências já conhecidas podemos identificar alguns elementos comuns àquelas políticas que são capazes de atingir este objetivo (Fleury, 2002).

São eles:

- A criação de espaços públicos de representação e negociação, assumindo como prioridade o gerenciamento dos conflitos;
- A combinação de modalidades de representação e participação direta na co-gestão pública;

- O desenvolvimento de tecnologias gerenciais capazes de canalizar as demandas sociais, propiciar a geração de consensos e permitir o planejamento, controle e coordenação em um contexto não tecnocrático;
- Estabelecimentos de mecanismos, regras e sistemas de prioridades claramente conhecidos e acordados;
- Mecanismos e instrumentos de comunicação e publicidade da ação pública capaz de difundir a proposta, gerar adesão e mobilização e permitir o controle social;
- Formas de valorização e capacitação dos servidores públicos conjugados ao seu envolvimento com a redefinição da missão institucional e com as novas formas de relacionamento com a sociedade;
- Institucionalização da liderança carismática através de processos inovadores de trabalho envolvendo construção de equipes e reconfiguração da divisão técnica e social do trabalho;
- Mecanismos de transmissão do saber técnico à comunidade e às instituições locais, ao mesmo tempo em que se propicia a valorização dos saberes ali existentes;
- Reconstrução das identidades coletivas de todos os atores envolvidos em um processo que pressupõe a alteridade;
- Construção de coalizões políticas e canais institucionais que permitam estabilidade e continuidade;
- Flexibilidade e capacidades de adaptação dos princípios gerais das políticas às realidades específicas, considerando suas potencialidades e limitações;
- Redesenho das relações entre governo central e local, entre governo e comunidade, entre governo e setor privado; e
- Desenvolvimento de capacidade de gestão de estruturas plurais e policêntricas na condução das políticas públicas.

Estes são os desafios do momento atual de nosso processo de construção democrática.

## Referências bibliográficas

- AROCENA, Jose. El Desarrollo Local – un desafio contemporáneo. Caracas: Nueva Sociedad, 1995.
- CASTRO, Maria HelenaG. EFA 2000 – Educação para Todos: avaliação do ano 2000. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000.
- CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. Em: Fleury, Sonia. Saúde e Democracia, - a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Corrêa, 1997.
- CARVALHO, Maria do Carmo A.A. Participação Social no Brasil Hoje. Pólis Papers, SP, <http://www.polis.org.br/publicacoes/papers>.
- FLEURY, Sonia. Estados sem cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FLEURY, Sonia (2002). Observatório da Inovação Social. Programa de Estudos da Esfera Pública. [www.ebape.fgv.br/pp/peep](http://www.ebape.fgv.br/pp/peep)
- FLEURY, Sonia. Políticas e sistemas Sociais em Transformação na América Latina. Socialis – Revista Latino-americana de Política Social, nº 1, oct, Buenos Aires, 1999.
- FLEURY, Sonia. Políticas Sociales y Ciudadanía. INDES, BED, Washington, 1999.
- FLEURY, Sonia. Saúde e Democracia – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FLEURY, Sonia, Carvalho, Antônio Ivo e outros. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, vol. 31, nº 3, maio-junho, 1977.p.195-208.
- FLEURY Teixeira, Sonia. Assistência na Previdência Social. Uma Política Marginal. Em: Sposati, Fleury, Falcão. Os direitos (dos desassistidos) sociais. São Paulo: Cortez, 1991.
- OLIVEIRA, Francisco - <http://www.polis.org.br/publicações/artigos/entrevchico.html>
- OLIVEIRA, Jaime e FLEURY Teixeira, Sonia. (IM) Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- OLIVEIRA Jr., Mozart. Critérios para repasse dos recursos federais – Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e Estadual no financiamento da saúde. Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, MS, Brasília, 1999.
- RACHELIS, Raquel. Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social – caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, Wanderley G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Campos, 1979.
- SPOSATI, Aldaísa. Cidadania e Comunidade Solidária. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XVI, nº 48, agosto, 1995, p. 124-147.
- TENDLER, Judith. Bom Governo nos Trópicos – uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan, 1998.