

## **FEDERALISMO, RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL**

**Marta Arretche (DCP/USP)**

**Texto preparado para o Seminário Internacional  
Análise comparativa sobre mecanismos de Gestão Inter-  
governamental e formatação de alternativas para o caso brasileiro**

**Brasília, 17 e 18 de setembro de 2003**

**Favor não citar, nem reproduzir**

## FEDERALISMO, RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

Marta Arretche<sup>1</sup>

Estados federativos são encarados como propensos a produzir níveis comparativamente mais baixos de gasto social (Petersen, 1995, Banting, 2003), bem como de abrangência e cobertura dos programas sociais (Skocpol, Orloff, Weir, 1990, Pierson, 1996). Tenderiam ainda a tornar mais difíceis os problemas de coordenação dos objetivos das políticas, gerando superposição de competências e competição entre os diferentes níveis de governo (Weaver e Rockman, 1993), dada relação negativa entre dispersão da autoridade política e consistência interna das decisões coletivas. Entretanto, a concentração da autoridade política varia entre os Estados federativos, a depender do modo como estão estruturadas as relações entre Executivo e Legislativo no plano federal (Stepan, 1999), assim como varia entre as políticas, a depender do modo como estão estruturadas as relações intergovernamentais em políticas particulares.

Este trabalho pretende demonstrar que as instituições políticas no Brasil concentram autoridade no governo federal, facilitando as funções de coordenação intergovernamental de políticas sociais. A aprovação de emendas constitucionais é comparativamente mais fácil do que em outras federações, bem como a distribuição de funções na maior parte das políticas sociais concentra autoridade decisória no executivo federal.

O trabalho está estruturado da seguinte forma. O primeiro item descreve muito brevemente os sistemas tributário e fiscal brasileiros. Em seguida, é apresentada de modo muito sucinto a distribuição intergovernamental de funções em algumas políticas sociais selecionadas, para destacar estratégias e recursos de que dispõe o governo federal para induzir decisões dos governos subnacionais. Destaque especial será dado à municipalização de programas sociais nos anos 90, uma espécie de segundo *round* da descentralização fiscal dos anos 80. Por fim, são apresentadas algumas recomendações extraídas desta avaliação.

## **Sistema Fiscal**

A federação brasileira adotou desde sua origem, na Constituição Federal de 1891, o regime de separação de fontes tributárias, discriminando impostos de competência exclusiva dos estados e da União. Os municípios só passaram a ter competência exclusiva para decretar tributos a partir da Constituição de 1934. A partir de então, a evolução histórica da estrutura tributária nacional caracterizou-se por mudanças lentas e graduais, sendo as maiores rupturas operadas pela centralização da Reforma Tributária (1965-8) do regime militar e, no período seguinte, a descentralização fiscal da Constituição de 1988 (Varsano, 1996; Affonso, 1999).

No sistema atual, a arrecadação tributária é bastante concentrada: os cinco principais impostos são responsáveis por mais de 70% da arrecadação total, sendo quatro deles arrecadados pela União<sup>2</sup>. O imposto mais importante é arrecadado pelos estados: o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) (Varsano et alii, 1998). Na última década, a elevação da carga tributária – de 25% em 1991 para 34% em 2001 (AFE/BNDES, 2002) foi derivada principalmente do esforço tributário da União e complementarmente, dos municípios (Prado, 2001). Em 2002, 70,1% do total da arrecadação tributária foi realizado pela União; 25,5%, pelos estados e 4,3%, pelos municípios (ver gráfico 1)

**<inserir gráfico 1>**

A arrecadação de tributos é extremamente desigual no plano horizontal, isto é, entre os governos subnacionais. A razão entre os estados com maior e menor capacidade de arrecadação tributária própria em 1997 foi de 9,4 (Prado, 2001: 50). No interior de cada estado, municípios de mesmo tamanho apresentam enorme diversidade de arrecadação. Excetuando os municípios de capitais – com arrecadação até 10 vezes superior à dos demais municípios de seu próprio estado --, os municípios de maior porte não revelam melhor desempenho do que os pequenos, independentemente do nível de renda do estado em que estão localizados (Prado, 2001: 63ss).

A desigualdade horizontal na arrecadação de tributos tem sido compensada por um sistema de transferências fiscais desde a Constituição de 1946. Transferências constitucionais distribuem parte das receitas arrecadadas pela União para estados e

---

<sup>1</sup> Profa. do Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo (USP). E-mail: arretche@uol.com.br.

<sup>2</sup> A saber, a contribuição para a previdência social, o Imposto de Renda (IR), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

municípios, bem como dos estados para seus respectivos municípios (Varsano, 1996). Os ciclos de centralização (Reforma Tributária de 1965-8) e descentralização (Constituições Federais de 1946 e 1988) do sistema fiscal brasileiro estão diretamente associados às alíquotas aplicadas aos impostos de repartição obrigatória, bem como à autonomia de gasto dos governos locais com relação aos recursos transferidos. Em 1968, as transferências constitucionais da União somavam 10% da arrecadação de seus dois principais tributos; além disto, a quase totalidade das transferências estava vinculada a itens pré-definidos de gasto (Medeiros: 1986). Na Constituição de 1988 (CF1988), o Fundo de Participação dos Estados e o Fundo de Participação dos Municípios têm como fonte de receita a soma de 44% da receita de dois impostos federais<sup>3</sup>. Os governos estaduais, por sua vez, devem transferir aos municípios 25% da arrecadação de seu principal imposto. Mais, as receitas provenientes das transferências constitucionais podem ser gastas de modo inteiramente livre pelos governos subnacionais, excetuando-se as vinculações constitucionais de gasto em saúde e educação.

No plano vertical, o atual sistema de transferências fiscais permite que quase todos os ganhos relativos sejam apropriados pelos municípios, uma vez que seus resultados são neutros para os estados (Serra e Afonso, 1999). Em 2002, a receita disponível (arrecadação própria + transferências) da União foi de 60% do total das receitas, ao passo que os municípios se apropriaram de 15%, permanecendo os estados no mesmo patamar que estavam anteriormente à redistribuição (ver gráfico 2). Além disto, este sistema favorece os municípios de pequeno porte. Gomes e Mac Dowell (1997) estimaram ser de 91% a participação das receitas de transferência nos municípios de menos de 5.000 habitantes. Em 22 estados brasileiros, quanto menor a população do município, maior o seu ganho de receita derivado das transferências constitucionais, vale dizer, maior a disponibilidade de recursos per capita com liberdade alocativa (Prado, 2001: 68).

No plano horizontal, este sistema redistribui receita dos estados mais desenvolvidos para os menos desenvolvidos (Rezende e Cunha, 2002: 115ss), ainda que as regras das transferências constitucionais tenham por conseqüência recriar novas desigualdades entre as Unidades da Federação (Prado, 2001: 54). A despeito desta

---

<sup>3</sup> A Reforma Tributária de 1965-8 criou o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), compostos de um percentual sobre a arrecadação federal do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados. Estes percentuais eram de 5% para cada Fundo em 1968 e passaram a 21,5% e 22,5%, respectivamente, com a Constituição de 1988. Os Fundos de Participação movimentam cerca de 20% do total da receita administrada pela União (Prado, 2001: 54).

redistribuição, é enorme a variação na receita disponível dos municípios brasileiros. A razão entre a receita média per capita dos municípios acima de 1 milhão de habitantes na região Sudeste e dos municípios abaixo de 20 mil habitantes nas regiões Norte e Nordeste pode ser de até 46 vezes (cf Gomes e MacDowell, 1997:11). Na prática, a desigualdade horizontal das receitas faz com que a noção de municípios no Brasil seja uma ficção.

**<inserir gráfico 2>**

Além das transferências constitucionais, a União transfere recursos aos estados e municípios através de transferências voluntárias, não sujeitas a regras legais de distribuição. Estas se elevaram nos últimos anos: de um patamar de R\$ 5 bilhões para R\$ 13,5 bilhões em 2000; representavam 18% das transferências constitucionais em 1995 e 36% destas em 2000 (Prado, 2001: 37). Entretanto, mais de 2/3 destas transferências estão vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que construiu um sistema altamente regulamentado de distribuição de recursos. Deduzidas as transferências do SUS, as transferências voluntárias representaram nos últimos anos cerca de 10% a 15% das transferências constitucionais (Prado, 2001: 37).

Portanto, o sistema brasileiro de repartição de receitas tributárias é essencialmente um sistema legal (Prado, 2001), pelo qual receitas tributárias sem vinculação de gasto – excetuadas as obrigações constitucionais de gasto em saúde e educação – são garantidas aos governos subnacionais, notadamente os municípios de pequeno porte. O resultado desta redistribuição implica profunda desigualdade horizontal na capacidade de gasto dos governos subnacionais.

### **Políticas Sociais e Relações Intergovernamentais**

As relações verticais na federação brasileira – do governo federal com estados e municípios e dos governos estaduais com seus respectivos municípios – são caracterizadas pela independência, pois estados e municípios são entes federativos autônomos. Em tese, as garantias constitucionais do Estado federativo permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social.

Dada a profunda desigualdade horizontal dos governos subnacionais, os constituintes de 1988 optaram pelo formato das competências concorrentes para a maior

parte das políticas sociais brasileiras. Qualquer ente federativo estava constitucionalmente autorizado a implementar programas nas áreas de saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento. Simetricamente, nenhum ente federativo estava constitucionalmente obrigado a implementar programas nestas áreas. Decorre deste fato a avaliação de que a Constituição de 1988 descentralizou receita, mas não descentralizou encargos (Almeida, 1995; Affonso e Silva, 1996; Affonso, 1999; Willis et alii, 1999).

No início dos anos 90, a distribuição federativa dos encargos na área social derivava menos de obrigações constitucionais e mais da forma como historicamente estes serviços estiveram organizados em cada política particular. Ao longo dos anos 90, entretanto, efetivou-se a descentralização de encargos na área social. O processo de descentralização, bem como a distribuição federativa de competências, assumiu uma trajetória particular em cada política setorial.

#### *Política de Saúde*

A Constituição de 1988 definiu que o acesso a serviços gratuitos de saúde é um direito universal, criando o Sistema Único de Saúde.

Em maio de 2002, 5.537 dos 5.560 municípios brasileiros – 99,6% do total – haviam assumido a gestão parcial ou integral dos serviços de saúde. No ano 2000, os municípios brasileiros foram responsáveis, em média, por 89% do total da produção ambulatorial no Brasil, com um desvio padrão de 19% (consideradas todas as categorias de provedores). Em 2000, 84% da rede ambulatorial estava sob responsabilidade dos municípios, média esta acompanhada de desvio padrão decrescente. Isto é, não apenas a rede e a produção de serviços ambulatoriais são basicamente municipais, mas também as diferenças entre os municípios brasileiros nesta dimensão da descentralização vêm se reduzindo (Marques e Arretche, 2002). Os municípios brasileiros eram responsáveis por 9,6% do total do gasto consolidado em saúde em 1985, por 35% em 1996 (Medici, 2002) e por 43% em 2000 (Ferreira, 2002). Pelo conceito de origem dos recursos, a participação dos municípios passou de 9,3% em 1985 para 28% em 1996; a participação dos estados variou bastante, mas permaneceu ao redor de 18% naqueles anos e a participação do governo federal caiu de 73% para 53% no mesmo período (Medici, 2002). Na década de 90, a única instância de governo que apresentou um crescimento regular nos gastos com saúde foi a dos municípios (Piola e Biasoto Júnior, 2001).

Na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Isto implica que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – tem autoridade para tomar as decisões mais importantes desta política. Assim, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e pelas regras definidas pela União. Por outro lado, a participação de Estados e municípios no processo de formulação da política de saúde está institucionalizada por meio de conselhos com representação de estados e municípios. A institucionalização destes espaços de negociação suprimiu do governo federal a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS. Tais conselhos funcionam como um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade conferida ao executivo federal.

A descentralização da atenção à saúde não envolveu uma reforma constitucional, mas a conquista da adesão dos municípios a normas constitucionais já aprovadas na CF 1988. Neste caso, a estratégia passou pela edição de um conjunto sucessivo de portarias ministeriais, cujo conteúdo consistia em condicionar as transferências federais à adesão de estados e municípios aos objetivos da política federal. Além disto, reduziu a incerteza quanto à efetivação das transferências, tornando crível que estas seriam efetivamente realizadas.

#### *Política de Educação Fundamental*

No Brasil, a oferta de ensino fundamental é responsabilidade de estados e municípios, sendo que as duas redes operam de modo inteiramente independente. Devido à forma como historicamente evoluiu a expansão das matrículas, é muito variável a participação das duas redes na oferta de matrículas em cada estado: em 1996, no estado de São Paulo, 87,5% das matrículas eram oferecidas pelo governo estadual, ao passo que nos estados de Alagoas e Maranhão, eram os municípios que detinham 65% das matrículas (Vazquez, 2003: 37). As desigualdades horizontal e vertical de capacidade de gasto da federação brasileira implicavam desigualdades na carreira e salários dos professores, na natureza e qualidade dos serviços educacionais, bem como no nível de gasto/aluno. Em 1996, os municípios do estado do Maranhão gastavam em média R\$ 100/ano com seus alunos, ao passo que o governo do estado gastava R\$ 385/ano. Em São Paulo, por sua vez, este gasto era de R\$ 1039 para os municípios e de R\$ 569 para o governo do estado (Vazquez, 2003: 39).

A CF 1988 definiu como concorrentes as competências na educação fundamental, estabelecendo apenas que esta deveria ser oferecida *preferencialmente* pelos governos municipais. Além disto, obriga governos estaduais e municipais a gastarem 25% de sua receita disponível em ensino. Portanto, a Constituição não criou mecanismos para reduzir as assimetrias, tendendo, na verdade, a agravá-los.

Para reduzir as assimetrias de gasto e qualidade dos serviços no ensino fundamental e promover a valorização salarial dos professores, o governo federal conseguiu aprovar em 1996 uma Emenda Constitucional (EC14/96) que estabelece que, pelo prazo de 10 anos, estados e municípios devem aplicar, no mínimo, 15% de todas as suas receitas exclusivamente no ensino fundamental. Além disto, 60% destes recursos devem ser aplicados exclusivamente no pagamento de professores em efetivo exercício do magistério. Para reduzir a desigualdade de gasto, a EC14/96 estabelece que o governo federal deve complementar o gasto naqueles estados em que um valor mínimo nacional não seja alcançado com base nas receitas dos governos locais.

Na prática, a implementação desta Emenda Constitucional implicou uma mini-reforma tributária de âmbito estadual, na medida em que, a cada ano, 15% das receitas de estados e municípios são automaticamente retidas e contabilizadas em um Fundo Estadual – o FUNDEF. Suas receitas são redistribuídas, no interior de cada estado, entre governos estaduais e municipais de acordo com o número de matrículas oferecidas anualmente. O FUNDEF estabelece um vínculo entre encargos e receitas fiscais, além de tornar (Oliveira, 2001), cujo efeito foi eliminar as desigualdades intraestaduais de gasto no ensino fundamental (Vazquez, 2003). Seus efeitos sobre as desigualdades de gasto entre os estados foram quase nulos, particularmente devido aos reduzidos aportes de recursos da União (Vazquez, 2003).

Nesta política particular, diferentemente da política de saúde, o governo federal não é o principal financiador, desempenhando uma função supletiva, de financiar programas de alimentação dos estudantes das escolas públicas, bem como programas de construção e capacitação das unidades escolares. Neste caso, para alcançar seus objetivos, o governo federal adotou a estratégia de constitucionalizar as transferências intraestaduais, eliminando a incerteza quanto ao recebimento dos recursos vinculados à oferta de matrículas.

### *Políticas de Habitação e Saneamento*

O sistema nacional de oferta de serviços de habitação e saneamento foi instituído nos anos 60-70. As reformas institucionais realizadas nos anos 80 e 90 não modificaram a estrutura básica da distribuição federativa de funções. O governo federal arrecada e redistribui, por meio de empréstimos, os recursos da principal fonte de financiamento destas políticas: um fundo destinado a indenizar trabalhadores demitidos sem motivo, cuja arrecadação líquida é destinada a financiar programas de saneamento e habitação (o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço -- FGTS) . Os serviços de saneamento básico são providos por 27 companhias estaduais, que controlam a maior parte das operações no setor, com base em contratos de concessão dos serviços com mais de 4000 municípios brasileiros. Nos demais municípios, os serviços são operados por autarquias e órgãos municipais. A produção de habitações para população de baixa renda é realizada por companhias municipais, as quais têm atuação de âmbito regional<sup>4</sup>. A maior parte dos recursos do Fundo é destinada a linhas de crédito para a aquisição de imóveis diretamente pelo mutuário final.

Cada estado conta com um orçamento anual, calculado com base em critérios redistributivos, isto é, inversamente proporcionais à capacidade arrecadadora e diretamente proporcionais às necessidades habitacionais e de saneamento. Comissões estaduais, nomeadas pelos governadores, distribuem os financiamentos no interior de cada estado. Entretanto, o conselho gestor do FGTS -- uma instância federal sem representação federativa, controlada pelo governo federal -- define as regras de operação dos programas, assim como o agente financeiro do Fundo -- um banco federal -- detém o poder de autorização definitiva para a efetivação dos empréstimos.

Tal como na área de saúde, portanto, a União está encarregada das funções de financiamento e formulação da política nacional. Entretanto, a ausência de uma representação institucionalizada dos governos subnacionais nas arenas decisórias federais permite ao governo federal razoável autonomia para definir unilateralmente as regras de distribuição dos empréstimos federais.

#### *Programas de transferência de renda monetária*

A trajetória dos programas de transferência de renda monetária no Brasil tem sua origem na proposta do Senador Eduardo Suplicy (PT/SP) de instituição de um programa de renda negativa, nacional e universal. Barrada pelas forças conservadoras no

---

<sup>4</sup> Entre 1995 e 2000, 12 das 44 companhias habitacionais municipais fecharam devido à política de desfinanciamento do governo federal (Arretche, 2002).

Congresso, a idéia foi implementada em alguns municípios e no Distrito Federal. Seu efeito-demonstração deu origem a diferentes programas – federais, estaduais e municipais -- de transferência de renda, com desenho institucional distinto da proposta original (Lavinias, 1999; Lavinias e Barbosa (2000).

Os programas federais não são universais, nem unificados. Diferentes programas com formato semelhante são geridos por diferentes ministérios. Como regra geral, famílias abaixo da linha de pobreza (com renda mensal até R\$ 90, ou cerca de US\$ 30) são a população-alvo, mas o número de famílias efetivamente beneficiadas está limitado pelo orçamento de cada programa. A permanência do beneficiário está condicionada a contrapartidas, tais como freqüência escolar, a reuniões nos postos de saúde, etc.

Na divisão federativa de competências, o governo federal é o principal financiador, bem como define as regras de acesso e distribuição dos benefícios. Os municípios, por sua vez, cadastram os beneficiários, com base no valor *per capita* das transferências, até o limite de seu respectivo orçamento, que é estabelecido com base nos recursos disponíveis. Uma vez aprovado este cadastro no respectivo ministério, as famílias recebem um cartão magnético e passam a descontar o pagamento (de no máximo R\$ 45, ou cerca de US\$ 15) mensalmente por meio da rede bancária de um banco federal. Exceto a constituição de conselhos municipais de fiscalização, não são exigidas contrapartidas dos municípios.

Estes programas se expandiram muito rapidamente nos anos recentes, atingindo milhões de beneficiários. O Bolsa-Escola, gerido pelo Ministério da Educação foi criado em 2001 e atinge 8,3 milhões de crianças e 5 milhões de famílias em 2003 (cf. site do MEC). O Bolsa-Alimentação, gerido pelo Ministério da Saúde, foi criado em 2000 e atingia 3,5 milhões beneficiários em 2002 (cf. site do MS). Os custos para a adesão dos municípios são muito baixos, particularmente quando comparados aos créditos políticos derivados da autonomia para confecção do cadastro de beneficiários.

### **Que lições extrair da experiência dos anos 90?**

Ao longo dos anos 90, efetivou-se a descentralização de encargos nas políticas sociais. À exceção da política de educação fundamental, a concentração de autoridade no governo federal caracteriza as relações federativas na gestão das políticas, pois à União cabem os papéis de principal financiador, bem como de normatização e coordenação das relações intergovernamentais. Regra geral, estabeleceu-se uma relação direta entre

governo federal e municípios<sup>5</sup>, na qual estes operam como executores dos serviços. Este desenho decorreu em grande parte de um esforço para compatibilizar a descentralização fiscal dos anos 80 com a responsabilidade sobre a oferta de serviços sociais.

O formato de gestão que concentra autoridade no governo federal apresenta vantagens para a coordenação dos objetivos das políticas no território nacional, pois permite reduzir o risco de que os diferentes níveis de governo imponham conflitos entre programas e elevação dos custos da implementação, riscos estes cuja ocorrência é mais provável em estados federativos (Weaver e Rockman, 1993). Além disso, a concentração do financiamento no governo federal permitiria alcançar resultados redistributivos (Banting, 2003), reduzindo desigualdades horizontais de capacidade de gasto.

A descentralização de encargos na política de saúde, assim como a expansão dos programas de transferência de renda monetária, foram derivadas do uso da autoridade financiadora e normatizadora do governo federal para obter adesão dos municípios a um dado objetivo de política. Condicionar – e garantir a efetividade das -- transferências à adesão dos governos locais à agenda do governo federal revelou-se uma estratégia de forte poder de indução sobre as escolhas dos primeiros. Reduzida a incerteza sobre a regularidade na obtenção, aumenta a disposição para assumir a responsabilidade por políticas sociais.

A agenda de privatizações das empresas estaduais de saneamento no passado recente também foi condicionada pela capacidade de indução do governo federal, derivada de sua autoridade sobre a principal fonte de financiamento. Neste caso, ao controle sobre o financiamento acrescenta-se a inexistência de representação federativa nas instâncias decisórias federais. Esta combinação permitiu à União definir unilateralmente as regras para obtenção de empréstimos, endurecendo as condições para sua concessão e, portanto, desfinanciando os governos subnacionais nesta área de política.

Os resultados redistributivos da concentração de autoridade no governo federal não se revelaram entretanto tão evidentes. A municipalização dos serviços de saúde não foi acompanhada de redução na desigualdade intermunicipal nos padrões de sua oferta (Marques e Arretche, 2002). A complementação da União para o ensino fundamental teve resultados quase nulos sobre as desigualdades interestaduais de padrões de gasto (Vazquez, 2003). Isto ocorre em parte porque estes desembolsos federais apresentam

---

<sup>5</sup> Esta afirmação é algo simplificadora, pois a intermediação dos estados varia de acordo com as políticas e é bem mais complexa do que esta constatação permitiria concluir.

reduzido efeito redistributivo (Prado, 2001), mas também porque o objetivo de alcançar a descentralização teve mais centralidade do que os objetivos redistributivos nas estratégias adotadas nos anos 90. Neste caso, seria recomendável um aperfeiçoamento das regras que regem estas transferências, bem como uma ampliação dos recursos federais destinados a complementar as receitas estaduais do FUNDEF.

Não há estudos conclusivos sobre o impacto redistributivo dos programas federais de transferência monetária, dado seu caráter recente. O baixo valor individual das transferências às famílias, derivado em parte de sua fragmentação em distintos ministérios, não permite estimar significativo impacto sobre a redução da pobreza. A este se soma o caráter não universal do programa, associado ao baixo controle sobre a confecção do cadastro pelos municípios. A universalização destes programas para populações abaixo do corte da linha de pobreza reduziria seu potencial uso clientelístico. Simultaneamente, sua unificação permitiria um maior controle sobre a distribuição de benefícios, bem como provável elevação do valor dos benefícios individuais.

Nas áreas de política em que o governo federal não dispõe de recursos institucionais para alterar as escolhas dos governos locais, a estratégia de constitucionalizar encargos revelou-se bem-sucedida. Tratou-se de aprovar emendas à constituição que reduzem muito a margem de escolhas dos governos subnacionais, obrigando-os a adotar o comportamento considerado desejável pelo governo federal. Esta foi a estratégia adotada para equalizar os níveis intraestaduais de gasto em ensino fundamental e elevar os salários dos professores. Na área da saúde, esta foi a estratégia adotada para vincular receitas a níveis de gasto em saúde<sup>6</sup>.

Na verdade, a aprovação de emendas à constituição é relativamente mais fácil no Brasil do que em outras federações. A maioria de 2/3 em duas sessões legislativas em cada câmara (dos Deputados e Senado) é o requisito essencial para sua aprovação. Não é necessária a aprovação nas casas legislativas estaduais, como nos Estados Unidos por exemplo, mesmo que a matéria afete os interesses dos governos subnacionais. Nos casos acima mencionados, a obtenção do apoio do presidente para a iniciativa legislativa, que permitiu mobilizar favoravelmente a coalizão de sustentação do governo no Congresso, foi o fator central para o sucesso do executivo na arena parlamentar.

---

<sup>6</sup> A EC 29/2000 estabelece que até 2005 os estados devem gastar no mínimo 12% de suas receitas em saúde. Para os municípios, esta vinculação deverá atingir o patamar de 15% das receitas e para a União, a elevação do gasto em saúde deve acompanhar a variação do crescimento do PIB.

A constitucionalização de encargos ou níveis de gasto é entretanto uma estratégia que encontra limites nas desigualdades horizontais da federação brasileira. A desigualdade horizontal dos governos subnacionais permanece recomendando cautela na definição constitucional de competências exclusivas na gestão das políticas sociais, ainda que a descentralização fiscal e de políticas tenha aumentado as capacidades estatais -- administrativas, fiscalizadoras e de produção de serviços – dos governos subnacionais. A vinculação de gasto tende ainda a reproduzir no plano da implementação das políticas desigualdades pré-existentes de capacidade de gasto.

O problema das desigualdades, este sim parece um desafio muito mais complexo do que a coordenação das relações intergovernamentais...

## Bibliografia citada

- AFE/BNDES (2002). *Informe-se*, no. 40.
- AFFONSO, Rui (1999). "A Federação na Encruzilhada", in: *Revista Rumos. Os caminhos do Brasil em debate*, 1 (2): 29-38. Publicação da Comissão Nacional para as comemorações do V centenário do descobrimento do Brasil.
- AFFONSO, Rui e SILVA, Pedro Luiz Barros (1996). *Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de (1995). "Federalismo e Políticas Sociais", in: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28(10): 88-108.
- ARRETCHE, Marta, 2002. "Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais", in: *Dados*, 45(3): 431-57.
- FERREIRA, S. (2002). "Federalismo fiscal, municípios: despesa com saúde e transferências federais", in: *Informe-se* 38. Banco Federativo do BNDES.
- LAVINAS, Lena (1999). "Renda Mínima: práticas e viabilidade". *Novos Estudos CEBRAP*, no. 53: 65-84.
- LAVINAS, Lena e BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira (2000). "Combater a Pobreza Estimulando a Freqüência Escolar: O Estudo de Caso do Programa Bolsa-Escola de Recife". *Dados*, 43(3): 447-477.
- GOMES, Gustavo Maia e MACDOWELL, Cristina (1997). *Os Elos Frágeis da Descentralização: observação sobre as finanças dos municípios brasileiros*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre Federalismo e Governos Locais, La Plata, Argentina.
- MARQUES, Eduardo e ARRETCHE, Marta (2002). *Condicionantes locais da descentralização da política de saúde*. Trabalho apresentado no XXVII Encontro Nacional da ANPOCS, mimeo.
- MEDEIROS, Antonio Carlos de (1986). *Politics and Intergovernmental Relations in Brazil: 1964-82*. New York/London: Garland Publishing Inc.
- MEDICI, André (2002). *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. BID, Washington.
- OLIVEIRA, Fabrício Augusto (2001). *FUNDEF e Saúde: duas experiências (virtuosas?) de Descentralização*. Relatório de Pesquisa. Projeto: Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental. EBAP/Fundação Konrad Adenauer
- PIOLA, Sergio e BIASOTO Jr., J. (2001). "Financiamento do SUS nos Anos 90", In NEGRI, B. e GIOVANNI, Geraldo. *Radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Campinas. p. 219-232.
- PRADO, Sergio (2001). *Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Relatório de Pesquisa. Projeto: Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental. EBAP/Fundação Konrad Adenauer
- REZENDE, Fernando. *Globalization, Fiscal Federalism, and Taxation*, in: Banco Federativo do BNDES.
- REZENDE, Fernando e CUNHA, Armando (2002). *Contribuintes e Cidadãos. Compreendendo o Orçamento Federal*. Rio de Janeiro: FGV.
- SERRA, José e AFFONSO, José Roberto Rodrigues (1999). "Federalismo Fiscal à Brasileira: Algumas Reflexões", in: *Revista do BNDES*, 6 (12): 3-30.
- VARSANO, Ricardo (1996). *A Evolução do Sistema Tributário Brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas*. Brasília: IPEA. Texto para Discussão no. 405.
- VARSANO, Ricardo et alli (1998). "Uma Análise da Carga Tributária no Brasil.". Textos para Discussão IPEA, no. 583. Brasília: IPEA.

- VAZQUEZ, Daniel Arias (2003). *Educação, Descentralização e Desequilíbrios Regionais: os impactos do FUNDEF*. Dissertação de mestrado defendida no Instituto de Economia da UNICAMP.
- WEAVER, K.R. e ROCKMAN, B (1993). *Do institutions matter?* Washington: Brookings Institutions.
- WILLIS, Eliza; GARMAN, Christopher da C. B; HAGGARD, Stephan (1999). "The Politics of Decentralization in Latin América". *Latin American Research Review*, 34 (1):7-56.