

## **A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL**

**CARLA DE FARIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)  
carla.faria218@gmail.com

**PATRÍCIA APARECIDA FERREIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)  
patty82@yahoo.com.br

## A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL

### 1 INTRODUÇÃO

A redemocratização do Estado brasileiro, na década de 1980, trouxe de volta suas bases federativas a partir da reconquista das eleições diretas e da elaboração da Constituição de 1988, que, inclusive, tornou o Pacto Federativo, uma de suas cláusulas pétreas. O texto constitucional abarcou um caráter amplamente descentralizante, que conferiu aos municípios autonomia política e administrativa. Essa autonomia viabiliza maior controle sobre questões fiscais, inclusive, com a ampliação do poder de tributar e, administrativamente, tornaram-se responsáveis pela implementação e execução de diversas políticas públicas (ARRETCHE, 1999). Essa descentralização de políticas promove a redistribuição das atividades administrativas entre os entes federativos, reduzindo a atuação do governo central. O principal objetivo disso é a transferência de maiores responsabilidades aos governados, tendo em vista que, por meio da execução dos serviços públicos pelos entes mais regionalizados, a população tende a participar com mais efetividade das decisões políticas (FAGUET, 2014).

Outro motivo para essa delegação de responsabilidades para os entes locais é que a descentralização tende a tornar os processos mais eficientes, na medida em que, ao estabelecer maior proximidade entre os prestadores de serviços e os usuários, promove maior responsabilização daqueles em relação às necessidades destes, o que tende a reduzir a ineficiência proveniente do clientelismo (ARRETCHE, 1996). Na Reforma Administrativa, implantada pelo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, durante a década de 1990, a descentralização administrativa foi uma ferramenta amplamente utilizada pela busca de eficiência do Estado (ABRÚCIO, 2007). Foi neste período que os municípios passaram a ter maiores encargos em relação às políticas públicas, sejam elas sociais ou urbanas, assumindo novas funções relacionadas à prestação de serviços públicos em geral (CARNEIRO; BRASIL, 2010). No que se refere às políticas sociais, principalmente de saúde e educação, estas constituem as áreas em que a descentralização, embora não tenha atingido todos os seus objetivos, apresentou maior número de casos de sucesso. Em contrapartida, a descentralização de políticas urbanas de saneamento e habitação não se viabilizou porque os custos de implementação dessas políticas são muito altos. O que ocorreu nesses casos foi a privatização de empresas públicas que prestavam esses serviços, porém, continuam sob a responsabilidade dos três entes federativos.

De qualquer forma, estes serviços públicos, sejam de natureza urbana ou social, já possuem uma trajetória de discussões acerca da viabilidade da descentralização das tarefas inerentes a eles e que servem de subsídio na análise do processo de descentralização de outras políticas, tendo em vista que outros setores também passaram por modificações em decorrência da tendência de redistribuição das funções públicas entre os entes federativos que, em grande parte, foram transferidas aos municípios (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007).

Dentre esses, o setor elétrico, que possui um amplo histórico de intervenção e participação ativa do Estado brasileiro, tendo em vista seu caráter monopolístico e sua importância para a economia e para o desenvolvimento nacional, arcou com transições em decorrência da privatização da infraestrutura energética, (AGORIO, 2000; LEME, 2009), que culminaram com a descentralização dos serviços de iluminação pública para os municípios (SANTANA, 2010).

Embora, desde a instauração da República, a iluminação pública seja uma atividade sob a responsabilidade municipal, os serviços eram assumidos pelas empresas de energia elétrica, mediante contratos de concessão (DA SILVA, 2006; BARBOSA, 2010). Porém, por ser uma

atividade pouco lucrativa, as concessionárias privatizadas, a partir de 1995, recusaram-se a continuar a executá-la (DA SILVA, 2006; PINTO; KITCHNER, 2016; AGUERA, 2015).

Devido a isso e, em consonância com o art. 30 da Constituição Federal, a Agência Nacional de Energia Elétrica, ANEEL, no artigo 218, da Resolução nº 414 de 9 de setembro de 2010 determinou a transferência dos ativos de iluminação pública aos municípios, incluindo também a manutenção e a instalação dos equipamentos quando da extensão da rede elétrica em áreas urbanas. No entanto, essa descentralização requer uma análise sobre o desenrolar do processo, acerca de questões relativas sobre como o Governo Federal repassou essa atividade às municipalidades, de onde são provenientes os recursos necessários para seu desenvolvimento e, principalmente, se nesse caso, visou-se ao atendimento principais objetivos da descentralização administrativa: a democracia e a eficiência.

Neste sentido, foi desenvolvida uma revisão de literatura, cujo objetivo é descrever o processo de descentralização da política de iluminação pública, de modo a identificar as diferenças e semelhanças com o processo de outras políticas públicas que já possuem uma trajetória de descentralização, por meio da análise de categorias gerais que expliquem o processo de implementação da descentralização dessas políticas, tais como: a forma de financiamento, os arranjos institucionais para implementação e elaboração de regras, conjunto de atores envolvidos, participação e controle pela sociedade civil.

Portanto, este artigo torna-se relevante na medida em que discute a forma de descentralização de uma política pública que abrange toda a sociedade, por promover a segurança dos transeuntes e por contribuir com o embelezamento das cidades, buscando-se compará-la com outras políticas que possuem maior destaque social. Trata-se de um assunto recente e pouco explorado, que visa contribuir com o campo de estudos em descentralização de políticas públicas.

O trabalho foi estruturado em três partes, além da introdução: a primeira trata brevemente do histórico da descentralização no Brasil, apresentando os aspectos referentes às políticas sociais de saúde e educação e também às urbanas, de habitação e saneamento, porque, embora o nível de responsabilização do município nessas políticas seja diferente do caso da iluminação pública, esta também se enquadra como uma política urbana; a segunda discorre sobre a transferência dos ativos de iluminação aos municípios; a terceira traça um paralelo entre as principais categorias acerca dos processos de descentralização que envolveram essas políticas. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

## **2 A DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

No Brasil, o federalismo tem influenciado sobremaneira as decisões dos gestores públicos, principalmente, com a descentralização e redemocratização ocorridas nos últimos anos. Com diferentes graus de autonomia, união, estados e municípios implementam políticas nas áreas de saúde, educação, assistência social, dentre outras, o que torna importante analisar a influência da forma como são distribuídas as atribuições entre os três entes da federação (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007; ALMEIDA, 2006).

Dentro deste contexto, a descentralização administrativa é uma das formas de distribuição das funções públicas e representa, para a administração pública, um instrumento para ampliar a eficiência do Estado e fortalecer a democracia (ARRETCHE, 2002; GOMES, 2010; ALMEIDA, 2006). A descentralização favorece a democracia na medida em que permite que os cidadãos passem a desempenhar o papel de sujeito e não de objeto nas decisões que mais lhe afetam, tendo em vista que a titularidade dos serviços passa às mãos do ente federativo mais próximo. Por esse motivo, a descentralização foi presença marcante na agenda das ações para a redemocratização do país e para a retomada do pacto federativo, a partir da década de 1980 (ALMEIDA, 2006), que culminou com a promulgação da Constituição de 1988.

A nova carta, em seu artigo 23, preconizou quais as competências seriam comuns para os três entes da federação, sendo que, as formas de cooperação entre eles deveriam ser definidas por meio de Legislação complementar. O artigo 24 definiu as competências legislativas concorrentes aos entes federal, estaduais e municipais (ALMEIDA; CARNEIRO, 2003).

Embora a Constituição de 1988 tenha trazido inovações positivas, não definiu com clareza a hierarquia sobre a prestação de serviços sociais e, portanto, o processo de descentralização só ganhou ênfase durante a segunda metade da década de 1990, no Governo de Fernando Henrique Cardoso, que adotou medidas para influenciar os entes subnacionais em assumir novas responsabilidades. Até aquele momento, ainda não se tinha muitas ações de incentivo ao processo de descentralização pelos governos federais (ABRÚCIO, 2007; GOMES, 2010), enquanto os governos municipais resistiam à necessidade de assumirem novas responsabilidades porque pretendiam preservar sua autonomia para gastar os novos recursos provenientes da descentralização fiscal. Entretanto, estes não foram capazes de continuar a evitar que abarcassem novas funções (ARRETCHE, 2002). Assim, mediante legislação ordinária, emendas constitucionais ou normas ministeriais, o governo federal efetivou a distribuição das políticas públicas, sendo que, quase sempre, essa divisão representou a municipalização dos serviços (ARRETCHE, 2004; 2010).

Dentre as políticas que passaram por uma experiência de distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, vale destacar as políticas urbanas e as políticas sociais. Uma política é considerada urbana quando os problemas públicos relacionados à vida urbana, tais como: déficit de habitação, necessidade de extensão de redes de eletricidade ou de saneamento básico, ruas sem calçamento, demandam a elaboração de políticas públicas para saná-los (TONELLA, 2013). Quanto às políticas sociais, podem ser definidas como “um conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitam a preservação e a elevação do bem estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes. Considerando que o objetivo deste trabalho consiste em compreender como ocorreu a transferência das atividades de iluminação pública aos municípios, o trabalho procura delimitar o papel dos municípios na implementação das políticas urbanas de saneamento e habitação e também das sociais de saúde e educação, para que possa fundamentar, posteriormente, a descrição de categorias que são fundamentais para avaliar essa transferência ao município

De acordo com Bichir (2011), o papel dos municípios na implementação de políticas está relacionado à sua capacidade de colocar em prática os novos encargos, o que depende do nível de recursos humanos, técnicos, financeiros, dentre outros. Para que seja possível a implementação de uma política é necessário então que o município possua capacidade de execução, o que envolve disponibilidade de recursos, que podem ser avaliados em relação a forma de financiamento, aos incentivos para a descentralização, aos arranjos institucionais para implementação e elaboração de regras. Do mesmo modo destaca-se também a necessidade uma avaliação de aspectos de natureza social, tais como o conjunto de atores envolvidos, a participação e o controle pela sociedade civil. Portanto, torna-se importante esclarecer a qual ou quais entes federativos compete a execução das políticas públicas urbanas e sociais supracitadas e até que ponto as municipalidades estão envolvidas na prestação desses serviços.

No que se refere à prestação dos serviços de saneamento e habitação, no regime militar, era estatal e centralizado, portanto prevaleciam as empresas estatais. Com a Constituição Federal de 1988, em seu inciso IX, do artigo 23, determinou que: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico” (BRASIL, 1988). Ou seja, sendo a competência dos três entes, não pode se dizer que houve a descentralização dessas atividades às municipalidades. O que ocorreu, a partir da década de 1990, foi a delegação de atividades a terceiros e a privatização de empresas públicas (LASSANCE *et al*, 2012; TONELLA, 2013). O posicionamento do governo federal, neste

sentido, recebeu o apoio de vários prefeitos e governadores, que viam na venda dessas empresas, a saída para o déficit fiscal de seus governos (ARRETCHE, 2002), embora os recursos provenientes das privatizações, não tenham, de fato, solucionado os problemas deficitários de diversos entes que aderiram ao projeto (ABRÚCIO, 2005).

Entretanto, no caso do saneamento básico, em diversas localidades brasileiras, principalmente no sul e sudeste, as companhias de água e esgoto ainda são municipais. Mas a exploração da atividade não é garantia de recursos disponíveis que garantam a universalização desses serviços. Isso porque a demanda de recursos é superior àqueles provenientes do retorno obtido com a exploração do próprio setor (CARNEIRO; BRASIL, 2010). Somando-se ao fato de que a efetiva titularidade da política de saneamento brasileira ainda não tenha sido claramente definida, por não estar bem regulamentada a responsabilidade de cada ente federativo, ainda existem regiões brasileiras que não possuem saneamento básico, embora seja um serviço de primeira necessidade do ser humano (JÚNIOR *et al*, 2009). Em uma pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro em 2008, constatou-se que, 32,1% do total de domicílios urbanos brasileiros, aproximadamente, dez milhões de moradias apresentam algum tipo de deficiência de infraestrutura, dentre eles, a falta de saneamento básico (TONELLA, 2013). Portanto, realmente é necessária a soma dos esforços da União, estados e municípios, assim como do setor privado nesse sentido (JÚNIOR *et al*, 2009).

Como exemplo de ações do governo federal no sentido de estabelecer a participação dos demais entes nessa política, assim como de promover a universalização dos serviços, cita-se o Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB), instituído em 2007, por meio da Lei 11.445 de 2007, que visava:

a) definição dos objetivos e metas nacionais e regionalizadas e o engajamento de todos os entes federados pela universalização do saneamento básicos nas áreas rural e urbana; b) superação das desigualdades e inclusão social por meio da universalização do saneamento básico – em abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais – que deve garantir, independentemente de classe social e capacidade de pagamento – qualidade, integralidade, continuidade, inclusão social e, ainda, contribuir para a superação das diferentes formas de desigualdades sociais e regionais, em especial as desigualdades de gênero e étnico-raciais; c) cumprimento de metas no sentido de reduzir à metade, até 2015, o número de pessoas sem acesso ao abastecimento de água e ao esgotamento sanitário (TONELLA, 2013, p.35).

O Programa de Aceleração ao Crescimento (PAC), implementado naquele ano, também previa investimento em diversos setores de infraestrutura, sobretudo à habitação e ao saneamento (TONELLA, 2013). Porém, os valores investidos ainda estão aquém de atender à demanda necessária, faltando diretrizes para regulamentação do setor, como ocorre nas políticas de saúde e educação (ARRETCHE, 2010; JÚNIOR *et al*, 2009).

No que se refere especificamente ao papel dos municípios nessa política, além dos altos custos que, geralmente, não possuem condições de suportá-los, faltam metas para acompanhamento e responsabilização dos gestores públicos municipais (JÚNIOR *et al*, 2009), que são despreparados administrativamente e evitam a adoção de medidas de modernização gerencial que poderiam otimizar a arrecadação de recursos e reinvesti-los em projetos de melhoria das condições urbanas (CARNEIRO; BRASIL, 2010).

Quanto à política de habitação, há muitas similaridades no que ocorre com o saneamento. A responsabilidade sobre essa política não foi claramente regulamentada e a opção encontrada pelo Governo Federal foi a delegação de funções à iniciativa privada. Na década de 1990, a estratégia de ampliação da política de habitação consistiu na descentralização dos recursos, abertura de mercado de serviços a empresas privadas e concessão de empréstimos aos adquirentes de imóvel próprio. Com a abertura de mercado, as pessoas poderiam escolher o imóvel a ser adquirido, haveria competição entre as construtoras privadas e, portanto, redução das práticas clientelistas e corrupção (ARRETCHE, 2002).

Os programas habitacionais eram financiados com recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o que levou ao alto nível de adesão dos Estados (ARRETCHE, 2002) a esses programas. Entretanto, o Conselho Gestor do FGTS era responsável por definir as regras operacionais do programa, assim como o agente financeiro do Fundo, a Caixa Econômica Federal, sem a participação de representantes dos entes federativos nas decisões, o que garantia ao governo federal unilateralidade na formulação de regras (ARRETCHE, 2004). Dessa forma, o nível de exigências para receber esses recursos era alto e apenas aqueles entes que demonstrassem capacidade de pagamento seriam beneficiados. Consequentemente, as empresas estatais que encontravam-se em alto grau de endividamento, perderam recursos e a maioria faliu ou diversificou suas atividades (ARRETCHE, 2002).

Entre 1995-1998, o Programa Pró-Moradia, isto é, a rede de empresas públicas de habitação, recebeu 11,5% dos recursos habitacionais do FGTS, via Programa Pró-Moradia, e 28% dos recursos destinados ao Programa Carta de Crédito Associativo. O Programa Carta de Crédito Individual, por sua vez, recebeu 76% desses recursos, os quais foram utilizados majoritariamente para a aquisição de imóveis usados (ARRETCHE, 2002, p.35).

Dessa forma, para o mutuário final, havia duas linhas de crédito: a primeira, concedida nos mesmos moldes antigos, contando com a prestação dos serviços por órgãos e empresas públicas, destinada àqueles com renda até três salários mínimos e a segunda, destinada às pessoas, cujos rendimentos chegassem até doze salários mínimos, pela qual poderiam adquirir imóveis novos ou usados no mercado imobiliário, ou construir ou reformar sua própria residência (ARRETCHE, 2002). Porém, as mudanças não trouxeram grandes avanços acerca da clareza na distribuição das atividades referentes à política habitacional. O Estatuto da Cidade, criado por Lei 10.257/2001, ratifica o art. 23 da Constituição, em seu art. 3º, quando afirma que compete à União “[...] promover, por iniciativa própria e em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os municípios, programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico” (BRASIL, 1988).

Em 2003, com o objetivo de ampliar as políticas urbanas, foi criado o Ministério das Cidades e em 2005, o Conselho Nacional das Cidades e o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS). Como resultado desse novo sistema, foi elaborado o Plano Nacional de Habitação (PlanHab), que consistiu em um conjunto de ações e medidas econômicas, jurídicas e institucionais para promover o SNHIS e que objetivava a universalização do acesso à moradia digna. O programa previa a participação financeira do município, porém a fonte de financiamento principal continuava sendo o FGTS, além de recursos provenientes da Caderneta de Poupança. O foco principal era atender a população com renda de zero a três salários mínimos (TONELLA, 2013).

O conjunto de medidas resultou na aceleração da produção habitacional [...] em 2002, o SFH respondeu pela aquisição de 25 mil unidades (de imóveis usados ou construídos), mobilizando um volume de 1,4 bilhão, enquanto em 2008 essas cifras passaram para 280 mil unidades, envolvendo R\$25 bilhões (LASSANCE *et al*, 2012, p. 122).

Em 2009, além da questão social, a economia brasileira passava por uma crise e como uma forma de atenuá-la, foi implantado o Programa Minha Casa Minha Vida, como uma das vertentes do Programa de Aceleração ao Crescimento (PAC), com a meta de construir um milhão de casas para famílias de baixa renda (até três salários mínimos), o que aqueceu o mercado da construção civil. O programa foi subsidiado pelo governo federal, com a concepção do Fundo de Arrendamento Residencial (FAR). O programa foi estendido a todos os estados brasileiros e os projetos deveriam contar com a participação financeira dos municípios. Para os mutuários com renda entre três e dez salários mínimos, foi instituído o Fundo Garantidor de Habitação Popular (FGHab), que garantia o pagamento aos agentes financeiros, em caso de

morte, invalidez permanente, ou mesmo incapacidade temporária de pagamento das prestações, como em caso de desemprego do mutuário (LASSANCE *et al*, 2012).

O resultado desse programa, assim como o dos anteriores, no que se refere ao atendimento das necessidades populacionais, apresentou avanços significativos, porém, está orientado pela lógica econômica de curto prazo e não possui um planejamento de longo prazo de reforma urbana, necessário para efetivamente eliminar o déficit habitacional brasileiro (TONELLA, 2013; LASSANCE *et al*, 2012). Ainda não existe regulamentação da participação de cada um dos entes, e a contribuição municipal continua bastante limitada, tendo em vista que os gestores locais são despreparados para gerenciar as questões habitacionais, os custos são altos, os municípios são incapazes de suportá-los e, embora recebam transferências da União, elas não podem ser consideradas universais, tendo em vista que apenas os maiores municípios conseguem acesso às fontes de financiamento, e nem mesmo regulares, devido à própria desregulação do setor que dá autonomia dos gestores públicos em definir os percentuais da arrecadação serão destinados à habitação (ARRETCHE, 2010; MOREIRA *et al*, 2012).

Assim como no caso das políticas de saneamento e habitação, a Carta Magna não definiu com clareza a hierarquia sobre as políticas sociais, mas as regras estabelecidas por ela designaram ao Estado Central, a autoridade para legislar sobre o assunto. Por conseguinte, após a segunda metade dos anos 1990, houve a efetiva distribuição dessas tarefas, mediante legislação ordinária, emendas constitucionais ou normas ministeriais, sendo que, quase sempre, essa divisão representou a municipalização dos serviços. (ARRETCHE, 2004; 2010). Os instrumentos de regulação foram elaborados de forma específica para cada política, englobando as dimensões como financiamento, competência, oferta e necessidade de expansão, incentivo à descentralização, equilíbrio entre oferta e arrecadação de recursos (BICHR, 2011; ARRETCHE, 2010), o que, portanto, conferiu a cada política processos de descentralização específicos.

No caso da saúde, a Constituição de 1988 prevê que esta área é responsabilidade dos três entes. Tendo em vista as diferenças de porte populacional, às desigualdades de distribuição de renda e às próprias condições político-institucionais dos entes federativos, as ações referentes ao cuidado com a saúde dos cidadãos não podem se restringir aos limites geográficos, daí a necessidade de interação dos entes federativos e da participação de atores não governamentais para o desenvolvimento de estratégias, coordenação e financiamento das atividades (LIMA *et al*, 2012). A reforma do setor começou pela implementação do SUS (Sistema Único de Saúde), cujas características básicas são “a universalidade, a integralidade e a igualdade de assistência garantida a todos os brasileiros; preconizava ainda a descentralização da gestão do sistema e a participação da comunidade, com um tom fortemente municipalista” (ABRÚCIO, 2005, p.58). Suas regras foram preconizadas pela Constituição de 1988 e pelas leis 8080/90 e 8142/91 (ARRETCHE, 2003) e sua operacionalização passou pela coordenação e financiamento da União (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007), o que possibilitou a redução das tensões intergovernamentais na implantação do processo de descentralização (LIMA *et al*, 2012). Por meio da Lei Orgânica da Saúde 8080, promulgada em 19 de setembro de 1990, em seu artigo 4º definiu-se que o SUS é:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das 7 fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

E pela Lei 8142/91, definiu-se que os recursos do SUS seriam depositados em um Fundo de Saúde, cuja movimentação seria fiscalizada pelos Conselhos de Saúde. Esses Conselhos “são instâncias colegiadas, participativas e paritárias, formados por representantes da população usuária do SUS, por prestadores de serviços e por profissionais de saúde, com poder deliberativo” (GOMES, 2016, p.72). Com isso, tornaram-se atores da política de saúde brasileira, os três entes do governo, instituições públicas, prestadores de serviços, representantes da população atendida e iniciativa privada. Dessa forma, a estrutura do SUS, foi pautada em um modelo descentralizado, participativo, hierarquizado e de abrangência nacional, de forma que a universalização dos serviços e a criação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) representaram os maiores benefícios para que os municípios aderissem à descentralização porque estabeleciam os critérios e garantiam a transferência de recursos da União às municipalidades (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007; VIANA; MACHADO, 2009; ARRTCHE, 2003). Outro incentivo criado nesse sentido foi o Piso de Atenção Básica, o PAB, criado em dezembro de 1997. Este novo critério de repasse era composto por uma parte física, proporcional ao número de habitantes do governo local e uma parte variável, de acordo com a quantidade de serviços fornecidos à população, o que garantiu não só a ampliação da oferta, mas também uma ação no sentido de reduzir a desigualdade regional. A garantia de fontes seguras de recursos por meio da regularidade do repasse pelo Governo Federal estruturou a descentralização da política da saúde, garantindo a adesão de 99% dos municípios (ABRÚCIO, 2005; ABRÚCIO; FRANZESE, 2007).

E, no sentido de garantir recursos para manutenção dos gastos no setor, a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 estipulou percentuais mínimos de investimento à saúde por estados e municípios, sendo 12% (descontadas as transferências aos municípios) para aquele e 15% para este último, o que assegurou a efetiva coparticipação entre os entes (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007). O Ministério da Saúde também foi reorganizado administrativamente, com aperfeiçoamento de pessoal e criação das agências reguladoras: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007).

Objetivando melhorar a prestação dos serviços, por meio da cooperação entre as municipalidades, o Ministério da Saúde incentivou a criação de consórcios entre elas. Os consórcios são juridicamente conceituados como acordos administrativos firmados entre entidades da administração pública da mesma espécie que visam ao atendimento dos propósitos comuns dos participantes (MEIRELLES, 1991), porém, seu conceito usual está relacionado à união cooperativa de municípios para a execução de serviços de interesse de toda uma região, onde são reunidos todos os recursos necessários que, individualmente, as prefeituras não teriam condições de disponibilizar (CUNHA, 2004). Realmente, estes incentivos apresentaram resultados no que se refere a essa política, porém, o percentual de consórcios ainda é baixo e não há consórcios formados com a participação das capitais (ABRÚCIO, 2005). O que se constata é que podem representar uma ferramenta no sentido de minimizar as desigualdades entre os municípios, mas precisam de maior regulamentação e incentivo e, de qualquer forma, nunca serão capazes de resolver os problemas federativos brasileiros (CUNHA, 2004, ABRÚCIO, 2005). Em contrapartida, os próprios problemas do federalismo, tais como; o federalismo compartimentalizado, o municipalismo autárquico e a fragilidade jurídica do instrumento são entraves à ampliação dos consórcios. Inclusive, as questões federativas continuaram representando a maior lacuna do sistema de saúde, principalmente quanto à participação dos estados (ABRÚCIO; FRANZESE, 2007).

Em 2006, foi implantado pelo Ministério da Saúde, o Pacto de Saúde consolidado em três outros documentos: pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS. Este conjunto de documentos objetivava reduzir a burocratização entre os entes intergovernamentais e a divisão dos mecanismos de transferência dos recursos federais. Para fortalecer a

descentralização, o pacto propunha “a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a pactuação de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no âmbito setorial” (LIMA, 2012, p.1905). Também foi proposta a criação de Colegiados de Gestão Regional, cuja função era servir como canais de negociação entre representantes do estado e dos municípios para fortalecer a governança regional do SUS, considerando-se as diversidades existentes no território brasileiro, a fim de buscar a complementariedade das regiões e incentivando a participação estadual no processo (LIMA *et al*, 2012).Entretanto, as estratégias propostas pelo Pacto foram insuficientes para promover os avanços na descentralização das políticas de saúde, conforme planejado. Os Colegiados de Gestão Regional não funcionaram adequadamente, tendo em vista a falta de recursos e estrutura em diversas regiões; o modelo de intervenção federal constante no referido Pacto foi fraco; houve pouca valorização do planejamento regional, o que ampliou o risco de desarticulação entre os processos de acordos intergovernamentais (LIMA *et al*, 2012).

Porém, mesmo que os resultados não sejam perfeitos, verifica-se que essas normas e regras representaram importantes ações dos governos federais no sentido da descentralização da política de saúde e organização do SUS. Esse modelo tem sido construído ao longo dos anos para superar os obstáculos encontrados, sejam eles: políticos, econômicos ou de natureza federativa (COSTA; LAPENDA, 2012). E, realmente é possível identificar alterações nas relações intergovernamentais na área da saúde nos últimos vinte anos que envolvem os arranjos institucionais para elaboração de regras, de acordo com os interesses regionais e também a alteração do conjunto de atores, com participação de gestores locais e conselheiros de saúde, embora seja necessário o desenvolvimento de ações de incentivo à maior participação de organizações da sociedade civil (VIANA; MACHADO, 2009). Dentro deste contexto, pode-se dizer que “nos marcos da democracia e do federalismo, o SUS constituiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo e de provedores de serviços de saúde públicos e privados” (ARRETCHE, 2003, p.343) e as municipalidades tornaram-se os atores principais na provisão de serviços de saúde, mas ainda não foi possível assegurar a equidade, universalidade e integralidade de acesso aos serviços (COSTA; LAPENDA, 2012; ARRETCHE, 2003), porque os mecanismos de controle possíveis aos diversos atores envolvidos, sejam eles: os eleitores e representantes da sociedade civil, ou o próprio Ministério da Saúde, ainda não são plenamente explorados (ARRETCHE, 2003).

Quanto à política de Educação, o artigo 22 da Constituição Federal, em seu inciso XXIV, preconiza que é competência exclusiva da união legislar sobre as diretrizes e bases da Educação Nacional (BRASIL, 1988). Este artigo está em consonância com os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Ou seja, a união atribui a si mesma a responsabilidade sobre os princípios básicos da educação, tendo em vista que esta constitui uma ferramenta que possibilita ao indivíduo conhecer seus direitos e deveres e, o que lhe proporciona melhores condições de lutar por sua liberdade, por melhores condições de vida e lhe confere consciência de seus deveres para com a pátria e para com o próximo. Comportamento que promove o desenvolvimento, reduz as desigualdades e promove o bem de todos (CURY, 2010). Nesse sentido, a União, por meio da Constituição de 1988, assumiu o compromisso de melhorar a qualidade e universalizar o ensino básico para crianças de sete a quatorze anos. Portanto, para regulamentar o regime de colaboração disposto no art. 211 da Carta Magna, em função do aspecto federativo da nação,

foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de número 9.394 de 1996. O art. 9º, parágrafo 1º, prevê que cabe à União, por meio do Ministério de Educação e Cultura, a organização da Educação Nacional, incumbindo-se de: “elaborar o Plano Nacional de Educação, em colaboração com os Estados, Distrito Federal e os Municípios” (BRASIL, 1996), o que também vai de encontro ao estabelecido pelo inciso IX do art. 24 da Constituição, que “compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: educação, cultura, ensino, desporto, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e inovação” (BRASIL, 1988). Além dos entes federativos, a regulamentação da LDB e do PNE contou com a participação social por meio da atuação do Fórum em Defesa da Educação e de outros movimentos sociais (BORDIGNON, 2008),

Entretanto, além de legislar, é responsabilidade dos três entes subsidiar o acesso à educação, como previsto no inciso V do art. 23 que estabelece que: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação” (BRASIL, 1988).

Quanto aos meios, sejam eles materiais ou financeiros, está previsto no Art. 212 que: “a União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante dos impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção de desenvolvimento do ensino” (BRASIL, 1988). Mas, não só de recursos públicos sobrevive a educação brasileira. O Art. 19 da Lei 9394/96 reconhece a participação de outros atores na constituição da política de Educação Brasileira que estabelece como integrante dos sistemas de ensino, as instituições mantidas pela iniciativa privada, sendo elas: particulares, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

E foi exatamente a questão da distribuição dos recursos que propiciou subsídios para que se colocasse em prática a divisão de responsabilidades previstas na Constituição Federal. Assim como na saúde, a coordenação da descentralização da educação partiu, em primeiro lugar, da vinculação do repasse de recursos, por meio do maior controle na prestação de serviços (ABRUCIO; FRANZESE, 2007; AFONSO; ARAÚJO; KAHIR, 2002). Porém, ao contrário da saúde, o governo federal não desempenhava um papel central na gestão e no financiamento no ensino, portanto, para o sucesso da descentralização, e no financiamento no ensino, sendo que, para o sucesso dessa coordenação, foi necessária a emissão da Emenda Constitucional nº 14, que deu origem ao FUNDEF (Fundo de desenvolvimento e Manutenção do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério) (COSTA, 2010; ARRETCHE, 2004).

Basicamente, a Emenda Constitucional determinou que 15% das receitas anuais de Estados e Municípios seriam automaticamente retidas em um Fundo (o FUNDEF), que seriam repartidas entre os entes de cada Estado, de acordo com o número de matrículas oferecidas (ARRETCHE, 2002; 2004; AFONSO; ARAÚJO; KAHIR, 2002). O FUNDEF, portanto, consistiu no instrumento pelo qual o Governo FHC coordenou o processo de municipalização do ensino fundamental, por meio de maior transferência dos recursos dos estados aos municípios em favor da educação (ABRUCIO; FRANZESE, 2007), além de “eliminar as desigualdades intra-estaduais de gasto no ensino fundamental” (ARRETCHE, 2004, p.24). Além desse mecanismo de incentivo, foi implementado o Programa Dinheiro na Escola, que garantia mais autonomia das escolas no gerenciamento dos recursos e para ampliação do controle e participação social foram criados Conselhos de Fiscalização e Acompanhamento (BORDIGNON, 2008).

Desde a instituição do FUNDEF, em 1996, a responsabilidade dos municípios pela Educação aumentou consideravelmente. Até 1995, as matrículas no ensino fundamental municipal correspondiam a, no máximo, um terço do total de matrículas no Brasil. Em 2013, o número de alunos matriculados na rede municipal passou para 56%, no estado, 29% e 15% na rede particular de ensino (PINTO, 2014).

Contudo, os municípios não estão preparados administrativa e financeiramente para toda essa responsabilidade imputada pelo governo federal. Portanto, o FUNDEF e, posteriormente o FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de valorização dos Profissionais da Educação), programa que substituiu o FUNDEF em 2007, têm sido de fundamental importância às municipalidades (PINTO, 2014; ARRETCHE, 2010). Tanto que, se tornaram absolutamente dependentes daqueles recursos, de tal forma que, o fim do programa em 2020, representa uma ameaça grave à educação municipal. Enquanto as capitais possuem maior condição de captação de recursos por meio de impostos, os municípios do interior, sobretudo os menores, dependem amplamente do FUNDEB e ainda arcam com altos custos, superiores ao que lhes é destinado, para promover a oferta de educação básica na área rural (PINTO, 2014).

Quanto à participação social, os Conselhos de Educação (Nacional, Estadual e Municipal) existem desde a década de 1920, sendo que, a Constituição Federal de 1988 representou um marco nas funções desses conselhos. Anteriormente, estavam restritas a assessoramento técnico ao governo. A partir de 1988, tornaram-se um espaço para a participação social no controle e nas decisões referentes à Educação. E, embora ainda existam conselhos cuja composição seja exclusivamente determinada pelo governo, lentamente estão se adaptando à democracia participativa (BORDIGNON, 2008), mesmo que ainda esteja aquém ao que é necessário para se garantir a efetiva participação popular nas decisões relativas ao setor da educação.

Contudo, a descentralização da educação apresentou resultados positivos, na medida em que regulamentou as transferências de recursos, eliminando as incertezas de recebimento de repasses, pelo menos enquanto existir o FUNDEB. Porém, ainda não equalizou os gastos entre os entes ou reduziu as desigualdades regionais, no que se refere a essa política. O maior problema é que a qualidade da educação no país ainda requer uma melhora significativa, no que se refere à capacitação e qualificação dos professores, tanto das redes estadual, quanto municipal (ARRETCHE, 2004; COSTA, 2010).

Enfim, estas são as características dos processos de descentralização das políticas urbanas, de saneamento e habitação e das políticas sociais de saúde e educação. Por meio desta subseção foi possível estabelecer uma visão sobre o desenrolar das iniciativas governamentais no sentido de regulamentar as diretrizes constitucionais de divisão de atribuições entre os entes. Esse entendimento é necessário para se comparar com a forma como a política de iluminação pública foi transferida aos municípios e se essa transferência apresenta relação com os objetivos da descentralização administrativa, como apresentado nas demais políticas utilizadas como parâmetro.

### **3 A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA**

A Iluminação Pública, conforme artigo 2º, XXXIX, da Resolução ANEEL número 414 de 2010, é o “serviço público que tem por objetivo exclusivo prover de claridade os logradouros públicos, de forma periódica, contínua ou eventual” (ANEEL, 2010). É um serviço público essencial para que as pessoas que residem nos centros urbanos possam utilizar os espaços e vias no período noturno, com segurança e tranquilidade, sendo que, atualmente, está presente nos 5.567 municípios brasileiros, por meio de, aproximadamente, 15 milhões de pontos de IP (SECRETARIA DE ENERGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013; VASCONCELLOS; LIMBERGER, 2013).

A iluminação pública teve sua origem na Inglaterra, em 1415, como uma alternativa para redução à criminalidade (SANTANA, 2010; DA SILVA, 2006; VASCONCELLOS; LIMBERGER, 2013). No Brasil, iniciou-se de forma bastante precária, em 1794, no Rio de Janeiro, devido à transferência da capital da colônia para aquele município. O serviço foi

financiado pelos cofres públicos e contou com a instalação de 100 luminárias a óleo de baleia para iluminar a parte central da cidade (SANTANA, 2010; VASCONCELLOS; LIMBERGER, 2013; AGUERA, 2015). Tendo em vista que o principal objetivo de sua existência era a promoção da segurança, nesse período, a iluminação pública era responsabilidade da Polícia, passando posteriormente para o Ministério da Justiça (DA SILVA, 2006).

A energia elétrica chegou ao Brasil em 1879, trazida por D. Pedro II, e foi utilizada no transporte, na indústria e na iluminação pública (SANTANA, 2010; DA SILVA, 2006; AGUERA, 2015). A expansão da eletricidade ocorreu com a instituição da República, como uma ação necessária para modernizar o país (SANTANA, 2010). As primeiras concessionárias de energia elétrica no Brasil, datam do início do século XX, eram em sua maioria estrangeiras e os contratos de concessão eram firmados diretamente com os municípios (BARBOSA, 2000; DA SILVA, 2006; AGUERA, 2015). Na década de 1930, no Governo de Getúlio Vargas, com a centralização do Estado, foi instituído o código de Águas, em 1934, que estabeleceu que os contratos de concessão passariam a ser firmados com a União, tendo em vista que o fornecimento de energia elétrica, antes considerado uma atividade particular, passou a ser classificado como serviço público (DA SILVA, 2006; BARBOSA, 2000).

Entretanto, a iluminação pública, continuou sob a égide dos municípios, conforme art. 8º do Decreto Lei nº 3.763 de 1941 (DA SILVA, 2006; BARBOSA, 2000). Em 1943, o Decreto Lei 5.764 ratificou a responsabilidade dos municípios sobre os serviços de iluminação pública e, a exemplo do fornecimento de energia elétrica, eram prestados pelas concessionárias de energia elétrica, que se tornaram estatais entre os anos de 1940 e 1945. Porém, neste caso, por meio de contratos de concessão com os governos locais (DA SILVA, 2006; BARBOSA, 2000). A Constituição de 1988, em seu art. 30, mais uma vez confirmou a competência da tarefa, quando preconizou que: “compete aos Municípios: [...] legislar sobre assuntos de interesse local” (BRASIL, 1988).

Entretanto, por não se tratar de uma atividade lucrativa e, muito provavelmente, para concentrarem-se na condução de sua atividade fim, a distribuição de energia elétrica, as concessionárias que foram privatizadas, a partir de 1995, no Governo Fernando Henrique Cardoso, quiseram abdicar da prestação desse serviço (DA SILVA, 2006; PINTO; KITCHNER, 2016; AGUERA, 2015). Neste cenário, embasada pelo art. 30 da Carta Magna, a Agência Nacional de Energia Elétrica, ANEEL, órgão regulador do setor elétrico, criado em 1996, no artigo 218, da Resolução nº 414 de 9 de setembro de 2010 determinou que: “a distribuidora deve transferir o sistema de iluminação pública registrado como Ativo Imobilizado em Serviço – AIS – à pessoa jurídica de direito público competente” (ANEEL, 2010), neste caso, os municípios (DA SILVA, 2006; AGUERA, 2015). Entende-se como AIS, o sistema de iluminação pública atual, que é “constituído de luminárias, lâmpadas, relés fotocélulas, reatores, braços de sustentação das luminárias, suportes e condutores” (AGUERA, 2015, p.23), enfim, todos os equipamentos necessários ao funcionamento do sistema, que abrange todo o território municipal, englobando o perímetro urbano, zonas de expansão, distritos e zonas rurais (CARMO, 2015).

O que mudou com essa cessão dos ativos aos municípios é que, antes dessa Resolução, a concessionária executava todos esses serviços e cobrava das prefeituras uma tarifa de energia elétrica que abrangia os custos de manutenção e operação. Atualmente, a tarifa cobrada pelo fornecimento de energia elétrica é, aproximadamente, noventa e um por cento do valor faturado antes da transferência e essa diferença entre as faturas (9%) é insuficiente para cobrir as despesas com os serviços que foram transferidos ao ente municipal. Além disso, a prefeitura também é responsável pelos projetos e instalação de novos pontos de iluminação, que antes eram acrescidos aos projetos de extensão de rede da distribuidora de energia elétrica (SECRETARIA DE ENERGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013; CARMO, 2015; AGUERA, 2015).

Dessa forma, desde janeiro de 2015, toda a responsabilidade pela função é a cargo dos entes municipais, conforme artigo 21 da Resolução ANEEL 414/2010: “a elaboração de projeto, a implantação, expansão, operação e manutenção das instalações de iluminação pública são de responsabilidade do ente municipal ou de quem tenha recebido deste a delegação para prestar tais serviços” (ANEEL, 2010). Assim, a atividade é de competência das prefeituras, mas pode ser executada por outros agentes, como no caso da contratação de empresas especializadas, desde que o ente considere que esta é a alternativa mais viável. Dessa forma, as prefeituras possuem três opções: 1) assumir a execução da tarefa, 2) terceirizar de forma direta, por meio de processo licitatório, 3) constituir consórcios, no qual os municípios se unem “para criar apenas um órgão, ou contratar uma empresa terceirizada, para gerir e realizar todos os serviços destes, reduzindo a conta que será dividida entre todos” (AGUERA, 2015, p. 42).

Portanto, os atores que exercem influência sobre essa política são: a ANEEL, a concessionária de energia elétrica, responsável pela arrecadação da contribuição de iluminação pública e fornecedora de energia elétrica; prefeituras municipais e empresas terceirizadas, contratadas para a execução dos serviços (SANTANA, 2010). Porém, diferentemente do que ocorre em outras políticas públicas, como saúde e educação, em que há participação da população em conselhos e fóruns participativos, não há atuação de representantes da sociedade civil no processo decisório referente a essa política.

Quanto aos recursos financeiros, também de forma divergente do que ocorre em outros setores, não há participação dos demais entes no financiamento das atividades relacionadas à iluminação. Todas as despesas são a cargo do ente local, que arrecada os valores por meio da cobrança do tributo instituído pela Emenda Constitucional nº 39 de 19 de dezembro de 2002, a Contribuição da Iluminação Pública (CIP) (MACHADO, 2003).

Porém, nem todos os municípios foram capazes de implantar a CIP até a presente data e não o serão nos próximos anos devido à precariedade da gestão pública dos mesmos. Apenas 2832, cerca de 51% do total de municipalidades existentes no país fazem a arrecadação do tributo e, destes, 843 apresentam saldo positivo após o pagamento de todas as despesas com a política, ou seja, somente 15% apresentam condições financeiras de gerir satisfatoriamente o sistema de iluminação pública (PINTO; KIRCHNER, 2016). Dessa forma e tendo em vista que os encargos se tornaram mais pesados para os municípios, que são absolutamente responsáveis pelo custeio da tarefa, torna-se importante compreender as similaridades com a descentralização de outras políticas, visando tornar mais claro em que cenário se deu esse processo.

#### **4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS**

O processo de descentralização e participação dos municípios na implementação de políticas públicas apresenta similaridades e divergências entre os setores públicos. Normalmente, existem maiores discussões acerca do processo daquelas que detêm maior destaque social. Dentro desse contexto, este estudo analisou políticas urbanas e sociais de maior repercussão: habitação, saneamento, saúde e educação. Essas políticas são alvos de grande demanda social, integram os indicadores de desenvolvimento de uma região e, conseqüentemente, os atores sociais envolvidos tendem a pressionar por arenas decisórias que privilegiem seus interesses (PIERSON apud BICHIR, 2011).

Nos quatro exemplos analisados, a competência sobre sua execução é dos três entes federativos (BRASIL, 1988), sendo que, no caso das políticas urbanas não houve a descentralização das atividades para os entes municipais e sim, a delegação dos serviços para empresas privadas. A responsabilidade dos municípios nesses casos é restrita, tendo em vista que não possuem condições de arcar com os custos que envolvem esses serviços (LASSANCE *et al*, 2012; TONELLA, 2013; ARRTCHE, 2002).

Em contrapartida, as políticas de saúde e educação foram efetivamente municipalizadas devido aos incentivos financeiros concedidos aos entes subnacionais a partir da década de 1990. Tendo em vista essa efetividade, foram eleitas categorias relativas à implementação de uma política, e ao aspecto democrático da descentralização que são: a forma de financiamento, os incentivos para a descentralização, os arranjos institucionais para implementação e elaboração de regras, o conjunto de atores envolvidos, participação e o controle pela sociedade civil. Para melhor compreensão e análise, foi elaborado o Quadro 1 que procurou traçar um paralelo entre as políticas apresentadas, comparando como transcorreu a transferência da execução dos serviços de iluminação pública com o processo de descentralização de outras políticas urbanas e sociais que possuem maior visibilidade social.

Quadro 1: Comparação do processo de descentralização das políticas urbanas e sociais com a iluminação pública

		Políticas Sociais		Políticas Urbanas		
		Saúde	Educação	Habitação	Saneamento	Iluminação pública
Competência, conforme Constituição Federal		Três entes federativos		Três entes federativos		Município
Papel do município		Ampla responsabilidade pela implementação/execução das políticas		Restrito		Total responsabilidade
Descentralização para os entes municipais		Municipalização		Houve delegação ao setor privado		Municipalização
Categorias do processo de descentralização						
Categorias referentes à implementação	Financiamento	coparticipação entre União, Estados e Municípios	coparticipação entre União, Estados e Municípios	não se aplica	não se aplica	pelo próprio município, por meio da arrecadação da CIP
	Arranjos institucionais de implementação	SUS, consórcios municipais e Conselhos de saúde	Conselhos Federal, Estaduais e Municipais de Educação, Conselhos de Fiscalização e Acompanhamento	não se aplica	não se aplica	possibilidade de criação de consórcios entre os municípios para execução da atividade
	Incentivo para descentralização	incentivos financeiros, tais como PAB	maior repasse de recursos e FUNDEF	não se aplica	não se aplica	não houve
Categorias referentes ao aspecto democrático	Conjunto de atores	os três entes do governo, instituições públicas, prestadores de serviços, representantes da população atendida e iniciativa privada	os três entes do governo, instituições públicas e privadas, representantes da população atendida	não se aplica	não se aplica	ANEEL, a concessionária de energia elétrica, prefeituras municipais e empresas terceirizadas, contratadas para a execução dos serviços.
	Controle e participação social pela sociedade civil	é prevista a existência de mecanismos de controle social, como os Conselhos de Saúde para fiscalização do fundo, porém não são plenamente explorados.	os Conselhos de Educação têm sua origem como órgãos de apoio ao governo, porém desde a promulgação da CF têm se tornado, mesmo que lentamente, instrumentos de democracia	não se aplica	não se aplica	não há participação social, fóruns ou conselhos participativos

Elaborado pelas autoras

De acordo com o Quadro 1, percebe-se as divergências entre a política de iluminação pública e demais políticas em estudo. A diferença começa no próprio texto constitucional: enquanto o artigo 30 delega toda a competência sobre os assuntos locais à entidade subnacional, no caso das demais políticas urbanas, o art. 23 determina que essa competência seja suportada pelos três entes, sem uma delimitação específica sobre a área de atuação de cada um deles

(BRASIL, 1988). Portanto, as políticas sociais de saúde e educação guardam similaridades com as políticas de habitação e saneamento neste aspecto, em contraposição à política de iluminação pública. Quanto à responsabilidade dos municípios, esta diverge em cada tipo de política analisado: enquanto sua participação é restrita nas políticas urbanas de saneamento e habitação, é amplo quando se trata de políticas de saúde e educação e irrestrito ou geral, para a política de iluminação pública (BRASIL, 1988).

O nível de responsabilidade do município na política pública está intrinsecamente associado à descentralização da atividade. Portanto, as políticas urbanas de saneamento e habitação não foram descentralizadas, em contraposição às políticas sociais de saúde e educação e à política urbana de iluminação pública, sendo possível avaliar o desenrolar desses processos de descentralização e apontar os pontos convergentes e divergentes entre eles.

Em primeiro lugar, no que se refere ao financiamento, enquanto existe uma coparticipação entre os três entes nas demais políticas, na iluminação pública, todos os custos são deixados a cargo do ente municipal, que arrecada os recursos mediante instituição de Contribuição de Iluminação Pública. No entanto, nem todos os municípios conseguem estabelecer mecanismos de arrecadação ((PINTO; KIRCHNER, 2016).

Em relação aos arranjos institucionais de implementação, não houve a criação desses arranjos pela União, no caso da iluminação pública. A formação de consórcios depende da integração entre as prefeituras. Também não houve incentivos à descentralização dessa política. O que se vê é que a transferência aos entes subnacionais ocorreu de forma compulsória e sem avaliação do nível de preparo dos mesmos a receber a nova função. Quanto ao aspecto democrático, ao contrário de outras políticas, não há controle ou participação popular, o que leva ao questionamento sobre a utilização da democracia como embasamento para se justificar a sua descentralização.

## 5 CONCLUSÃO

Objetivou-se com este artigo descrever o processo de descentralização da política de iluminação pública, de modo a identificar as diferenças e semelhanças com o processo de outras políticas públicas que já possuem uma trajetória de descentralização, por meio da análise de categorias gerais que expliquem o processo de implementação da descentralização, tais como: a forma de financiamento, os arranjos institucionais para implementação e elaboração de regras, conjunto de atores envolvidos, participação e controle pela sociedade civil.

Para tanto, este trabalho perpassou pelos elementos centrais da descentralização, descreveu o processo de descentralização das políticas sociais de saúde e educação. Também foram apresentadas características referentes às políticas de saneamento e habitação que, embora não sejam descentralizadas, tratam-se de políticas urbanas e sua análise é importante quando se busca compreender o processo de outra política urbana, como a iluminação pública. Dentro deste contexto, discutiu-se no que consiste a transferência dos ativos de iluminação pública para os municípios, quais as consequentes mudanças dessa transferência para esses entes federativos e, com base nos dados apurados, aglutinados em categorias específicas, demonstrou-se que as divergências entre os processos de descentralização da política em estudo e as demais, caracterizam que essa transferência ocorreu de forma compulsória, sem incentivos à assimilação da tarefa pelos entes subnacionais, não houve a devida preocupação com a forma de financiamento do serviço público em questão e que, portanto, sua implementação não foi motivada pela democracia ou eficiência.

Embora a iluminação pública seja de caráter essencial para a sociedade, na medida em que inibe a criminalidade, aumenta a segurança dos transeuntes e que torna as cidades mais bonitas e agradáveis, a forma de implementação dessa descentralização denota pouca preocupação do governo central com a continuidade e qualidade na prestação desse serviço

público, tendo em vista as dificuldades que enfrentam diversos municípios brasileiros. Neste contexto, este estudo abre lacunas para a pesquisa sobre a real capacidade administrativa e financeira dos municípios em abarcarem essa função.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Federative coordination in Brazil: the experience from the FHC administration to the challenges of the Lula government. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41-67, 2005. ISSN 0104-4478.

\_\_\_\_\_. Trajetória recente da gestão pública Brasileira: Um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administracao Publica**, v. 41, p. 67-86, 2007. ISSN 00347612.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**, v. 1, p. 13-31, 2007.

AGORIO, R. M. L. **Introdução de bens públicos no processo de regulação de energia elétrica no Uruguai**. 2000. Universidade de São Paulo

AGUERA, R. S. **Cenário brasileiro da iluminação pública**. 2015. Universidade de São Paulo

ALMEIDA, M. H. T. D. Decentralization and centralization in a federal system: the case of democratic Brazil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 1, n. SE, p. 0-0, 2006. ISSN 0104-4478.

ALMEIDA, M. H. T. D.; CARNEIRO, L. P. Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil. **Opinião Pública**, v. 9, n. 1, p. 124-147, 2003. ISSN 0104-6276.

ANEEL, R. N. N. **414**: Brasília 2010.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.

\_\_\_\_\_. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Cien Saude Colet**, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

\_\_\_\_\_. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. ISSN 0102-8839.

\_\_\_\_\_. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados: Revista de Ciências Sociais**, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. ISSN 0011-5258.

ARRETCHE, M. T. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

BARBOSA, R. **A gestão e o uso eficiente de energia elétrica nos sistemas de iluminação pública**. 2000. Universidade de São Paulo.

BORDIGNON, G. **Participação e controle social na educação**. Coordenadora Camila Croso Silva. São Paulo: Ação Educativa, 2008.

BRASIL, C. F. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. **Poder Executivo, Brasília, DF**, v. 6, 1988.

BRASIL, DEL. Decreto-Lei 3763/41. Consolida disposições sobre águas e energia elétrica, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1941.

BRASIL, L. Lei 8080/90. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

- BRASIL, L. Lei 10257/01. Estatuto da Cidade. Brasília, 2001.
- CARMO, D. D. D. Transferência dos ativos da iluminação pública em minas gerais: a experiência de formação de consórcios intermunicipais. 2015.
- CARNEIRO, R.; BRASIL, F. D. P. D. Descentralização e Financiamento dos municípios no Brasil contemporâneo. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 9, n. 2, 2010. ISSN 1984-6975.
- COSTA, M. I. S; LAPENTA, A. **Avanços e desafios na municipalização do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2012
- COSTA, V. M. F. Federalismo e relações intergovernamentais: implicações para a reforma da educação no Brasil. **Educação & Sociedade, Campinas**, v. 31, n. 112, p. 729-748, 2010.
- DA SILVA, L. L. F. **Iluminação Pública no Brasil: Aspectos energéticos e institucionais**. 2006. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
- FAGUET, J.-P. **Decentralization and Governance – A Special Issue of World Development**, 2013. 53: 1-1 p. 2014.
- GOMES, M. D. L. **Descentralização e formulação de políticas de saúde: um estudo da capacidade institucional administrativa em um município de médio porte do sul de Minas Gerais**. 2016.
- GOMES, S. The multi-faceted debate on decentralization and collective welfare. **Brazilian Political Science Review (Online)**, v. 5, n. SE, p. 0-0, 2010. ISSN 1981-
- LEME, A. A. Reform of the electrical sector in Brazil, Argentina and Mexico: contrasts and perspectives in debate. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 33, p. 97-121, 2009. ISSN 0104-4478.
- \_\_\_\_\_. O SETOR ELÉTRICO E A AMÉRICA LATINA: Argentina, Brasil e México em abordagem preliminar. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 4, n. 2, p. 101-121, 2011. ISSN 1984-1639.
- LIMA, L. D. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. ISSN 1413-8123.
- MACHADO, H. D. B. **A contribuição de iluminação pública-CIP**. 2003.
- PINTO, J. M. R. Federalismo, descentralização e planejamento da educação: desafios aos municípios. **Cadernos de Pesquisa**, v. 44, n. 153, p. 624-644, 2014. ISSN 1980-5314.
- PINTO, M. A. C.; KIRCHNER, C. A. R. Cenário atual e oportunidades para atuação em Iluminação Pública no Brasil.
- SECRETARIA DE ENERGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Iluminação pública: guia do gestor**. São Paulo: 2013. Disponível em <<http://www.energia.sp.gov.br>>
- SANTANA, R. M. B. **Iluminação Pública: Uma Abordagem Gerencial**. 2010.
- TONELLA, C. Políticas Urbanas no Brasil: marcos legais, sujeitos e instituições. **Sociedade e Estado**, v. 28, n. 1, p. 29-52, 2013. ISSN 0102-6992.
- VASCONCELLOS, L.; LIMBERGER, M. Iluminação Eficiente-Iniciativas da Eletrobras, Procel e Parceiros. **Rio de Janeiro: Eletrobras**, 2013.
- VIANA, A. L. D. Á.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. ISSN 1413-8123.