

TEXTO PARA **DISCUSSÃO**

2695

**O QUE FAZEM – OU DEVERIAM FAZER –
OS GOVERNOS ESTADUAIS NA GESTÃO
DAS POLÍTICAS SOCIAIS**

**ELAINE CRISTINA LICIO
PEDRO LUCAS DE MOURA PALOTTI
AÉERICA DE FIGUEIREDO PEREIRA MENESES
PEDRO ARTHUR DE MIRANDA MARQUES PONTES**



**O QUE FAZEM – OU DEVERIAM FAZER –
OS GOVERNOS ESTADUAIS NA GESTÃO
DAS POLÍTICAS SOCIAIS¹**

ELAINE CRISTINA LICIO²

PEDRO LUCAS DE MOURA PALOTTI³

AÉRICA DE FIGUEIREDO PEREIRA MENESES⁴

PEDRO ARTHUR DE MIRANDA MARQUES PONTES⁵

1. Os autores agradecem os comentários atenciosos dos colegas Luciana Servo e Alexandre Gomide a uma versão anterior deste trabalho, assim como a possibilidade de discussão do texto no Seminário das Quintas, no Ipea. Os comentários e a rica discussão no seminário ajudaram-nos a aperfeiçoá-lo. Erros e omissões são inteiramente nossos.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental (EPPGG) na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

4. Doutoranda em ciências da saúde na *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto* da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).

5. Bolsista do Programa de Pesquisa Para o Desenvolvimento Nacional (PNPD).

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

CARLOS VON DOELLINGER

Diretor de Desenvolvimento Institucional
MANOEL RODRIGUES JUNIOR

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**
FLÁVIA DE HOLANDA SCHMIDT

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
JOSÉ RONALDO DE CASTRO SOUZA JÚNIOR

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
NILO LUIZ SACCARO JÚNIOR

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de
Inovação e Infraestrutura**
ANDRÉ TORTATO RAUEN

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
LENITA MARIA TURCHI

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas e
Políticas Internacionais**
IVAN TIAGO MACHADO OLIVEIRA

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
ANDRÉ REIS DINIZ

OUVIDORIA: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>
URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2021

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I38; H77.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2695>

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 GOVERNOS ESTADUAIS E OS ARRANJOS POLÍTICO- INSTITUCIONAIS E FISCAL NO PÓS-1988.....	9
3 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO ESTADUAL NOS SISTEMAS DE POLÍTICAS SOCIAIS.....	14
4 O QUE CABE AOS ESTADOS E O QUE DE FATO OS ESTADOS TÊM FEITO?.....	22
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	78

SINOPSE

Com um recorte temporal que abrange o período posterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), este texto descreve, analisa e compara as principais atribuições reservadas aos governos estaduais no campo das políticas de educação, saúde e assistência social. Além disso, aborda a forma com que os estados têm de fato atuado nas três políticas ao longo desse período. Os estados mantiveram papéis relevantes na provisão de serviços, incumbiram-se do cofinanciamento e foram chamados a responder pelo apoio técnico, com o objetivo de que os municípios pudessem estruturar uma oferta própria nos serviços básicos, embora com significativa variação na maneira como os têm de fato assumido. Por razões diversas, decorrentes inclusive de legados de implementação e de prioridades políticas de cada ente, observou-se que essa variação é maior em aspectos cuja regulação é menos efetiva, como na assistência social, na qual não há mínimos constitucionais de aplicação orçamentária, o que a torna mais dependente das prioridades políticas de cada governo eleito. Em todo caso, avaliamos que as regras atuais não impedem que os estados façam a diferença nos resultados da política, o que, todavia, não quer dizer que estejam conseguindo induzi-los a efetivar as responsabilidades que lhe foram reservadas, de modo que o compromisso e o empenho desses agentes permanecem como desafio a ser efetivado pelos respectivos arranjos.

Palavras-chave: federalismo; governos estaduais; políticas sociais; coordenação federativa; relações intergovernamentais.

ABSTRACT

With a time frame that covers the period after the Federal Constitution of 1988 promulgation, this text describes, analyzes and compares the main attributions reserved to the state governments in the field of education, health and social assistance policies. In addition, it addresses the way in which states have in fact acted on the three policies over this period. The states maintained relevant roles in the provision of services, took charge of co-financing and were asked to respond for technical support so that the municipalities could structure their own offer in basic services, although with significant variation in the way they have actually assumed them. For various reasons, even arising from legacy implementation and political priorities of each entity, it was observed that this variation is greater in aspects whose regulation is less effective, such as in social assistance – in which there are no constitutional minimums of budgetary application – which makes it more dependent on the political priorities of each elected government. In any case, we believe that the current rules do not prevent states from making a difference in the results of the policy, which, however, does not mean that they are managing to induce them to carry out the responsibilities that have been reserved for them, so that the commitment of these agents remains a challenge to be carried out by the respective arrangements.

Keywords: federalism; state governments; social policies; federative coordination; intergovernmental relations.

1 INTRODUÇÃO

Com um recorte temporal que abrange o período posterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), este texto descreve, analisa e compara de forma compreensiva as principais atribuições reservadas aos governos estaduais no campo das políticas de educação, saúde e assistência social. Além disso, aborda detalhadamente a forma com que os estados têm de fato atuado nas três políticas ao longo desse período.

A promulgação da CF/1988 trouxe mudanças importantes na natureza das relações federativas do Brasil, em que a descentralização atribuiu maiores responsabilidades aos municípios na implementação de políticas e, a partir da lógica da cooperação federativa, inseriu competências comuns aos três níveis de governo. Esse arranjo tem implicado o reposicionamento dos governos estaduais, a quem, comparativamente, coube poucas competências privativas, restando um pacto federativo incompleto ao postergar a especificação das responsabilidades desse ente aos regulamentos específicos de cada política.

Durante o regime militar, que antecedeu a mais recente CF, os estados muitas vezes se valiam da barganha e do clientelismo para levar adiante suas políticas, em contexto de ausência de mecanismos claros de repasses regulares de recursos federais (Draibe, 1994). Após décadas ocupando papel de destaque na implementação das políticas sociais, os estados gradualmente se desincumbiram dessa atribuição, de modo que, hoje, parte importante das ofertas de saúde, educação e assistência social se concentra nos municípios. No entanto, como se verá a seguir, não há apenas uma direção nesse processo. Além de variar entre as políticas sociais pesquisadas – na saúde, por exemplo, quase metade das internações é financiada pelos estados –, o padrão de atuação é muito heterogêneo entre as diferentes Unidades da Federação (UF).

No primeiro momento, o cenário das relações federativas após a CF/1988 resultou mais em competição que em cooperação – em decorrência da ausência de mecanismos institucionais verticais e horizontais de diálogo e negociação federativa (Souza, 2005) e da ampliação das possibilidades de veto estadual nas arenas decisórias nacionais (Abrucio, 1998). Nesse período, observou-se nas principais políticas sociais o início de um processo de municipalização descoordenado. Havia pressões para aliviar as despesas dos entes estaduais e transferir recursos aos municípios criados logo após a CF/1988, em parte devido ao destaque de movimentos

municipalistas bem organizados, como no caso da saúde. Apenas a partir de meados da década de 1990 que mudanças nos arranjos fiscais e administrativos sanaram as contas dos governos estaduais e fortaleceram financeiramente o governo federal (Abrucio, 2005), que assumiu a indução de processos de descentralização das políticas sociais, por meio da ampliação de instrumentos de coordenação federativa.

A emergência da agenda de acesso universal às políticas sociais no contexto da crise fiscal das décadas de 1980 e 1990 favoreceu o desenvolvimento de uma nova forma de organização federativa para a gestão das políticas sociais brasileiras: os sistemas de políticas públicas, que visam operacionalizar as competências comuns mediante estratégia de cooperação federativa (Franzese e Abrucio, 2013). Tais sistemas funcionam mediante cofinanciamento, negociação federativa e participação social na elaboração de políticas nacionais – que, para serem implementadas, dependem de intensas relações intergovernamentais, sobretudo entre a União e os municípios, a partir da indução das capacidades necessárias à execução local de políticas nacionalmente parametrizadas.

A dinâmica dos sistemas de políticas sociais permitiu que, na prática, os estados fossem “contornados” na implementação de políticas nacionais – processo devido, aliás, à atribuição constitucional de responsabilidades residuais a esses entes. Nas políticas sociais operadas por sistemas únicos, os governos estaduais ficaram responsáveis, basicamente, por cofinanciar e apoiar a estruturação de capacidades estatais para oferta municipal dos serviços de menor complexidade, além de coordenar a oferta regionalizada de serviços mais elaborados – seja mediante execução direta, seja mediante articulação de esforços para que um município de referência atendesse a população no território.

Esse novo escopo de atribuições fez com que os governos estaduais passassem a ser coadjuvantes dos demais níveis de governo nas respectivas funções que lhes foram atribuídas – União, financiamento e coordenação; municípios, execução (Souza, 2018). Não à toa, dado que foram os entes que mais perderam recursos orçamentários para execução de políticas públicas (Afonso, Lukic e Castro, 2018). Some-se a isso a considerável discricionariedade de que gozam para atuar na gestão das políticas sociais – mais acentuada no caso da assistência social, na qual não possuem responsabilidades exclusivas ou vinculação de receita que obrigue alguma

atuação mínima –, e assim é possível estabelecer um diagnóstico que vincula o desenho institucional e fiscal à participação relativamente baixa dos governos estaduais na governança das políticas sociais brasileiras.

Não obstante, o modelo de ampliação do acesso a políticas sociais universais a partir da estratégia de municipalização induzida pelo governo federal tem mostrado sinais de esgotamento, o que traz à tona a relevância da atuação estadual para completar a matriz cooperativa prevista no arranjo constitucional vigente. Nesse contexto, André Silva postula que, uma vez que a universalização dos serviços sociais tenha avançado no Brasil, em particular na garantia de direitos e na ampliação do acesso irrestrito aos serviços de saúde, educação e assistência social, “a preocupação passa a recair sobre sua qualidade, o que parece estar trazendo os estados de volta para o centro da agenda pública e acadêmica” (Silva, 2020, p. 130).

Disso decorre a pertinência de avançar-se em uma agenda de pesquisa que desagregue a categoria dos governos subnacionais – tal como propôs Snyder (2001) para a literatura comparada em ciência política –, de modo a observar variações na atuação estadual das políticas sociais em relação aos demais níveis de governo, perspectiva na qual se desenvolve esse trabalho. Partimos do pressuposto de que não apenas as funções coordenadoras e executivas, mas também a própria atividade de cofinanciamento, estão entre as principais responsabilidades estaduais definidas no arranjo institucional conformadas pelos sistemas de políticas públicas, sempre com vistas a implementação de políticas nacionais com garantias mínimas de acesso em todo o território nacional. Nosso objetivo é compreender em que medida os governos estaduais têm assumido tais funções nas políticas de educação, saúde e assistência social, a partir da identificação do seu respectivo grau de aderência na sua gestão.

Para tanto, partimos das seguintes questões de pesquisa: quais os papéis reservados aos governos estaduais no arranjo instituído pós-CF/1988 para a gestão das políticas de educação, saúde e assistência social? Como essas competências foram operacionalizadas nos regulamentos infraconstitucionais desenvolvidos ao longo da implementação da política? Em que medida os estados têm de fato assumido os papéis que lhes têm sido reservados? Empregando uma perspectiva comparada entre a trajetória das políticas de saúde, educação e assistência

social, a análise baseia-se em pesquisa documental, revisão bibliográfica e acesso a sistemas de monitoramento das políticas de educação, saúde e assistência social.¹

O texto divide-se em quatro seções, além desta introdução e das considerações finais. Na segunda seção, apresenta-se uma revisão do papel dos estados, considerando-se os arranjos político-institucionais e fiscal no período pós-constitucional. Em seguida, na segunda seção, contextualizamos a natureza das principais atribuições reservadas aos governos estaduais nos sistemas de gestão das políticas de educação, saúde e assistência social. Na quarta seção, analisamos, para cada uma das três políticas, as responsabilidades reservadas aos governos estaduais, ao mesmo tempo que procuramos demonstrar em que medida essas funções vêm sendo, de fato, realizadas. Na quinta seção, discutimos os resultados encontrados, sinalizando convergências e especificidades da trajetória de atuação dos governos estaduais em cada uma das políticas. Por fim, apresentamos nossas conclusões e sugerimos aspectos relevantes de uma agenda de pesquisa que tenha como unidade de análise a gestão estadual de políticas públicas.

2 GOVERNOS ESTADUAIS E OS ARRANJOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E FISCAL NO PÓS-1988

A trajetória recente dos governos federais sob responsabilidade do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e do Partido dos Trabalhadores (PT) aponta para a baixa predominância do partido do presidente no âmbito das administrações estaduais. Em razão disso – e da necessidade de conquistar um eleitorado de caráter difuso –, ambos os partidos adotaram, quando ocuparam a Presidência da República (PR), a estratégia de nacionalização de políticas sociais abrangentes diretamente vinculadas aos municípios ou aos seus beneficiários,² o que

1. Na política de educação, utilizamos as bases de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), vinculado ao Ministério da Educação (MEC). Na saúde, utilizamos o banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde (SIH/MS) e da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE). Para a análise da política de assistência social, foram utilizados dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

2. Em alguns casos, inclusive, houve a transição de um padrão para outro (Borges, 2013). Por exemplo, o Bolsa-Escola adotou como estratégia as transferências de recursos aos municípios, que se responsabilizavam pelo pagamento das famílias. O Bolsa Família, além de ampliar o número de beneficiários e as condicionalidades, atribuiu à Caixa Econômica Federal (Caixa) o pagamento direto aos beneficiários. Os municípios ficaram responsáveis pela organização dos cadastros e pela informação do cumprimento das condicionalidades, não pelo pagamento.

contornou a atuação dos governadores. Os incentivos eleitorais particulares da Federação brasileira não somente contribuíram com a expansão de políticas sociais de caráter universal – reservando o clientelismo para compensações colaterais às coalizões de governo –, como também sedimentaram uma estratégia para marginalizar os governadores nesse processo (Borges, 2013; Abranches, 2018).

A essa configuração política e ao desenho constitucional de competências residuais aos estados, foram somadas circunstâncias fiscais desafiadoras para os governadores. Os atributos fiscais no âmbito de uma federação remetem à competência para instituir, revogar ou modificar tributos de diferentes naturezas, bem como à própria capacidade arrecadatória dos diferentes níveis de governo – que poderão posteriormente descentralizar ou transferir esses recursos para outros entes federados. Assim, uma das condições necessárias para a existência efetiva do federalismo faz referência à descentralização fiscal. Como argumentam Soares e Machado (2018, p. 26), “a ausência de recursos financeiros próprios cria uma situação de dependência dos entes em relação àqueles que controlam esses recursos, geralmente o centro”.

No caso dos entes estaduais no Brasil, houve um movimento consistente de diminuição da sua participação relativa quanto à divisão federativa da receita tributária disponível. Os estados partiram de aproximadamente 34,1% da receita disponível, em 1960, para 27,6%, em 1990, e 25,2%, em 2017. Nesse mesmo período, os municípios tiveram sua participação ampliada respectivamente de 6,4%, em 1960, para 13,5%, em 1990, e 19,7%, em 2017, ao passo que a União partiu de uma receita disponível de 59,5%, em 1960, para 58,9%, em 1990, estabilizando em 55,1% em 2017 (Afonso, Lukic e Castro, 2018).

Para além do plano fiscal, governos estaduais paulatinamente perderam o protagonismo na implementação de um conjunto de serviços públicos, em particular no âmbito das políticas sociais. A descentralização sob o formato de municipalização resultou em um movimento de duplo sentido: por um lado, criou um novo ator institucional mais próximo do cidadão, ao destituir os governos estaduais da posição de centralidade que já ocuparam na implementação de políticas públicas; por outro, criou as condições para reconfiguração da atuação dos próprios estados como descentralizadores de recursos para os municípios.

Concomitante a esse movimento acentuado de municipalização, criaram-se novas balizas institucionais para limitação do gasto público estadual e normativas federais de renegociação da dívida pública estadual. A renegociação das dívidas dos estados em 1997 foi seguida da aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e do contingenciamento de crédito ao setor público (Tinoco, 2018). Apesar dos resultados positivos no resultado primário dos estados, esse arranjo se mostrou ineficaz para evitar a deterioração das contas públicas estaduais após 2008. Essa deterioração se deveu não apenas à perda de arrecadação pela queda no dinamismo da economia, mas principalmente pela ampliação do gasto com pessoal, em muitos casos a partir de manobras contábeis duvidosas (Tinoco, 2018; Maciel, 2016).

Além desses aspectos estruturantes das contas públicas estaduais e da reconfiguração do funcionamento desses entes após a Constituição de 1988, o federalismo fiscal no Brasil observa a existência de permanentes conflitos redistributivos na arena tributária. A chamada “guerra fiscal” entre os estados compreende particularmente a definição de renúncias fiscais do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), tributo mais relevante no nível estadual. Disputas em torno desse tributo têm sido caracterizada pelo governo federal como a “principal distorção a afetar a economia, especialmente pela incerteza jurídica que prejudica os investimentos produtivos” (Afonso *et al.*, 2014, p. 2).³

O equilíbrio horizontal entre os entes estaduais não é observado na configuração atual do federalismo brasileiro. Na distribuição do Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal (FPE), o congelamento dos índices de rateio nas últimas décadas criou desequilíbrios intrarregionais, pois as transferências não foram sensíveis ao desempenho econômico – seja de dinamismo ou estagnação – observados pelos estados nas macrorregiões brasileiras.

3. Outra arena de disputas interfederativas foram observadas na discussão dos *royalties* de petróleo entre estados produtores e o restante da Federação, em 2012. O padrão de votações observado no Congresso Nacional foi destoante do observado em regra nas demais votações, até mesmo de relevância federativa, em que há o predomínio das orientações partidárias alinhadas com o presidente da República (Arretche, 2013). Houve forte predomínio das bancadas estaduais, que votaram maciçamente pela redistribuição dos *royalties* para todos os membros da Federação, o que impôs uma derrota ao Executivo federal e aos estados produtores, principalmente Rio de Janeiro e Espírito Santo, que votaram por unanimidade pela distribuição restrita dos *royalties*. A presidente vetou amplamente o projeto, o que produziu uma crise política, com pressão pela derrubada imediata dos vetos pelo Congresso Nacional e a judicialização da disputa (Abranches, 2018, p. 281-282).

Esse desequilíbrio na repartição do FPE se conecta com a guerra fiscal, na medida em que estados com transferências proporcionalmente maiores ao progresso econômico observado puderam realizar renúncias fiscais mais vultuosas (Rezende, 2013).

Rezende (2013) destaca também o protagonismo do governo federal na promoção de políticas de desenvolvimento regional que se extinguiram com a redemocratização. A crise fiscal estrutural da década de 1980, somada à globalização e à abertura dos mercados na década de 1990, representou um limiar para a crescente integração econômica das diferentes regiões do país. Desde então, a convergência econômica entre essas regiões foi substituída por uma convergência social entre estas, fruto da atuação mais intensiva do poder público na provisão de políticas sociais universais.

Diferentemente de outras federações, o Brasil não organizou instâncias especializadas de coordenação entre os entes federados. Como demonstram Carvalho e Afonso (2018), outras federações, como a alemã, a australiana, a canadense e até mesmo a americana – em formato mais voluntário e flexível – constituíram espaços formais de representação de interesses, troca de informações e articulação política entre os entes subnacionais. O Brasil possui espaços que se assemelham a essa lógica somente em alguns setores de políticas públicas, particularmente na saúde e na assistência social.⁴

Nesse sentido, cabe destacar que os setores de políticas públicas não apenas determinaram a existência ou não de instâncias de coordenação entre os entes federados, como também foram relevantes para o padrão de regulamentação dos gastos dos entes subnacionais. Araújo (2015) analisa o padrão de gastos dos estados em diferentes políticas públicas, tanto ao longo do tempo como entre os entes subnacionais no mesmo ano. Observa haver assimetria maior na

4. Uma exceção a essa configuração foi a criação do Comitê de Articulação Federativa, que funcionou de 2007 a 2019, na Secretaria de Relações Institucionais na Presidência da República. Essa instância de coordenação abrigava representação da União e de associações de municípios, sem considerar o nível estadual. Segundo Grin e Abrucio (2018, p. 18), essa é uma das deficiências dessa instância de coordenação federativa, pois “como evidencia a gestão intergovernamental da saúde e da assistência social, a presença dos governos estaduais é essencial para vertebrar a cooperação federativa. Além disso, a presença desse nível intermediário de governo é essencial para compreender os êxitos alcançados nas experiências alemã, australiana e canadense.”

execução orçamentária das políticas públicas *reguladas*⁵ (saúde e educação) em comparação a políticas *não reguladas* (segurança pública, transportes e habitação). A exceção é a política de segurança pública, que apesar de não possuir previsão de gastos mínimos pelos estados, possui baixa diferença nos dispêndios entre estes.

Em síntese, conforme argumenta Rezende (2013, p. 15), os estados acumulam um conjunto de limitações político-institucionais e fiscais que ampliaram sua fragilidade no âmbito da Federação brasileira. Destacam-se cinco aspectos principais:

- tributário, com a queda de cerca de 10 pontos percentuais (p.p.) da receita disponível aos estados entre 1960 e 2017;
- orçamentário, que compreende limitações de gastos impostas pela União, obrigações de gastos mínimos em saúde e educação, vinculações nas transferências federais etc.;
- legislativo, com o papel diminuto dos legislativos estaduais;
- regulatório, com proeminência do papel exercido pela União; e
- político, em razão do predomínio, no plano federal, do presidente da República e dos partidos políticos da coalizão, e não dos governadores, como marcos de orientação do comportamento de deputados federais e senadores.

Dada essa trajetória, como os estados podem participar no desenvolvimento de políticas públicas em seus territórios? Que papéis lhes restaram em contexto do fortalecimento da atuação dos municípios na execução das políticas públicas? Essas questões serão analisadas na próxima seção.

5. O sentido dado por Araújo (2015, p. 70) às políticas “reguladas” remete à estratégia de vinculação constitucional, uma vez que “os governos subnacionais não possuem autonomia sobre a política, tendo patamares de gastos e formas de aplicação dos recursos definidas pelo governo federal”.

3 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO ESTADUAL NOS SISTEMAS DE POLÍTICAS SOCIAIS

A análise da atuação dos governos estaduais na gestão das políticas sociais deve considerar a perspectiva mais ampla em que se desenvolveu o arranjo federativo brasileiro, operado na forma de sistemas descentralizados de políticas sociais no período pós-constitucional.

Prevalece na literatura o reconhecimento da crescente capacidade coordenativa desenvolvida pelo governo central em promover políticas nacionais implementadas pelos municípios, em especial nas áreas de educação, saúde e assistência social (Abrucio, 2005; Arretche, 2012; Almeida, 2005; Jaccoud, 2020). Nessa perspectiva, Arretche (2012) pontua que, em que pese a definição ampla de competências comuns aos três entes federativos na gestão dessas políticas, a autonomia conferida aos entes implica que a adesão a políticas nacionais seja voluntária. Dessa forma, o sucesso dos sistemas de políticas sociais na indução de padrões nacionais de oferta depende da incorporação dos interesses e demandas dos governos subnacionais no seu desenho institucional – o que de fato parece ter ocorrido em relação aos processos de municipalização de serviços básicos, em que se efetivou a universalização do acesso ao ensino fundamental, à atenção básica na saúde e à proteção básica na assistência social (Vazquez, 2014; Jaccoud, Licio e Leandro, 2018; Licio e Pontes, 2020b).

Persistem, no entanto, dificuldades em garantir ofertas que exigem mão de obra especializada e equipamentos de gestão mais complexa, para os quais os pequenos municípios não conseguem aportar nem recursos nem demanda suficientes para justificar o investimento necessário: é o caso da média e alta complexidade na saúde, da proteção especial na assistência social e do ensino médio profissionalizante na educação. O fato de entes com porte populacional e capacidade de arrecadação própria tão diferentes (de metrópoles acima de 900 mil habitantes a municípios com menos de 5 mil habitantes) também receberem o mesmo *status* federativo – com autonomia formal, mas sem condições efetivas de assumir determinadas responsabilidades sem apoio de outros entes – revela outra face do pacto federativo incompleto. Nesse caso, incidem dilemas de ação coletiva, que correspondem à necessidade de uma coordenação meso ou de meio termo da Federação, como é o caso da regionalização da oferta de serviços de maior complexidade.

Se, por um lado, tais constatações colocam em xeque a efetividade da atuação do nível intermediário de governo, por outro, diversos estudos de caso têm mostrado que o advento dos sistemas nacionais de políticas públicas não eliminou a iniciativa dos governos estaduais, que, em muitos casos, assumem papéis determinantes, ainda que com alto grau de heterogeneidade da atuação estadual na educação, na saúde e na assistência social (Segatto, 2015; Lima *et al.*, 2010; Silva, 2015; 2020; Licio e Pontes, 2020b). Segatto (2015) mostra especialmente que essa diversidade vai além dos resultados e, no caso da educação, inclui a natureza dos instrumentos mobilizados na relação estados-municípios.

Silva (2020) avalia que a autonomia decisória disposta aos governos estaduais seria o principal preditor da diversidade da sua atuação, ao limitar as possibilidades de indução federal para a adoção de padrões mínimos nacionais. Nesse caso, não caberia falar em fragilização dos governos estaduais, visto que a dupla função que lhes foi atribuída (coordenadora e executiva) e a sobreposição de responsabilidades com os governos municipais na oferta de determinados serviços conferem incertezas que aumentariam a discricionariedade decisória do governo estadual, o que postula ser a principal evidência de que estados importam para o sistema federativo brasileiro.

De fato, como entes federados com autonomia política, os estados possuem formalmente certo grau de discricionariedade para direcionar sua própria atuação. Inclusive, são muitas vezes responsáveis pela produção de inovação na gestão de políticas públicas. Esse é um dos atributos positivos de uma federação, cujo arranjo pode funcionar como um “laboratório” para novas ideias e experimentação (Segatto, 2018).

De maneira esquemática, no campo das políticas sociais operacionalizadas na forma de sistema de políticas descentralizadas, identificamos, para fins desta análise, três funções principais⁶ a serem desempenhadas pelos estados, a saber: i) execução/provisão direta de serviços públicos; ii) coordenação, que inclui amplo leque de ações como monitoramento,

6. Lima *et al.* (2010) observam, além dessas três funções, uma quarta forma de atuação governamental relacionada à formulação de políticas e planejamento. Argumenta-se aqui que essa função perpassa as funções de coordenação, cofinanciamento e execução ou provisão direta, não se destacando como função exclusiva ou distinta das demais. As ações realizadas pelos estados serão “envelopadas” em programas governamentais, não raro sendo previstas em instrumentos de planejamento governamental, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

capacitação, formação de redes, definição de papéis etc.; e iii) financiamento, que, apesar de poder ser utilizado para produzir coordenação em função do seu papel na indução de aspectos da implementação, optamos por analisar separadamente, conforme explicado mais adiante.

3.1 Provisão/execução direta

De acordo com Lima *et al.* (2010), a execução direta é a responsabilidade de prover e gerir diretamente ações, programas, serviços e benefícios sociais. Essa é a função mais antiga dos governos estaduais, que, antes da redemocratização, prestavam parte importante dos serviços de educação e saúde.

A existência atual de redes estaduais de prestação direta depende da trajetória histórica e político-institucional de cada área de política pública e da UF. A provisão de segurança pública, por exemplo, remonta à organização de polícias militares e civis pelos estados, para realização de policiamento ostensivo e investigativo, respectivamente (Sapori, 2007, p. 52). A Constituição de 1988 desencadeou uma série de estratégias de indução da descentralização aos municípios, as quais resultaram na transferência de execução de parte da rede estadual para os municípios, particularmente no ensino fundamental e na atenção básica da saúde (Gomes, 2009; Ceneviva, 2012; Vazquez, 2014; Segatto, 2015).

Dada a heterogeneidade entre os estados, a execução direta pode ser um elemento relevante para sua atuação, especialmente nos casos em que a demanda e a capacidade de oferta dos municípios não sejam suficientes para garantir a integralidade do acesso aos direitos sociais.

3.2 Coordenação

A necessidade de coordenação ocorre em qualquer organização, independentemente do seu tamanho ou sua área de atuação. No setor público, a coordenação assume dimensões bem amplas, como a articulação com atores sociais e políticos, além do cidadão e do mercado. Assim, a coordenação remete a instrumentos ou mecanismos que possibilitem o entendimento e o alinhamento por vontade própria ou imposta para obter maior coerência e diminuir redundâncias, contradições ou ausências, seja durante o processo decisório ou na implementação de políticas públicas (Bouckaert, Peters e Verhoest, 2010).

A coordenação organiza-se pela utilização de mecanismos hierárquicos (leis e vinculações de gastos obrigatórios), de mercado (promoção de concorrência e utilização do mecanismo de preços para balancear demanda e oferta) e de rede (estimulação de valores e ideias comuns, que fomentam cooperação mais horizontal e voluntária). Pode ser compreendida também na perspectiva de suas diferentes finalidades ou níveis de organização.⁷ O ato de coordenar, na definição de Lima *et al.* (2010), está relacionado à capacidade de estabelecer direção, metas e objetivos. Essa coordenação pode ser realizada de maneira conflitiva (sem espaços de mediação e construção de alinhamento) ou cooperativa (com espaços de mediação e construção de alinhamento).

No caso das federações, a coordenação assume o desafio de articular esforços dos diferentes governos sob o mesmo território (dimensão vertical) e de governos adjacentes, mutuamente dependentes e no mesmo nível de governo (dimensão horizontal). A atuação coordenada pode ocorrer em espaços formais, como conselhos e comitês, por instrumentos formais, como convênios e consórcios, ou, ainda, pelas relações informais entre agentes políticos e burocráticos. O alinhamento pode dar-se de forma mais ampla e transversal ou focar determinados campos de políticas públicas.

No arranjo federativo brasileiro, os estados são formalmente a instância intermediária de governo. De início, cabe a estes um papel de definição e organização de políticas de desenvolvimento local, como a definição de regiões metropolitanas (RMs). A Constituição de 1988 atribuiu essa regulação aos governos estaduais (Fernandes e Araújo, 2015). Não há, entretanto, espaços institucionais previstos para deliberação e atuação conjunta, seja entre estados e municípios, seja dos estados entre si (Carvalho e Afonso, 2018; Machado e Palotti, 2015).

7. Segundo Metcalfe (1994), a coordenação governamental pode assumir nove níveis diferentes. Inicialmente, caracteriza-se pela realização de uma simples troca de informações ou de consultas entre diferentes organizações, para recebimento de *feedback*. Em estágio intermediário, há esforços efetivos para evitar sobreposições, o que remete à necessidade de acordos mútuos entre as organizações e o estabelecimento de arbitragem. Por fim, em níveis mais avançados, a coordenação avança para ajustar os limites de atuação, podendo caminhar para a determinação de prioridades e até mesmo de estratégia comum de atuação. Com isso, a coordenação apresenta-se como elemento precípua da gestão pública, atrelada a outras funções típicas como produção de diagnóstico, planejamento, monitoramento e controle.

Além da possibilidade de criar instâncias de pactuação com representações do estado e respectivos municípios, há um conjunto amplo de ações associadas à coordenação intergovernamental à disposição dos governos estaduais. No âmbito dos mecanismos formais, há a possibilidade de fomentar consórcios públicos e participar diretamente destes; esses consórcios são dedicados a superar dilemas de ação coletiva e os custos de transação envolvidos na prestação de serviços.⁸ A articulação de serviços públicos nas RMs é outro *locus* de atuação dos estados, pois deriva de sua atribuição constitucional de organizar esses espaços urbanos. Outra possibilidade está na destinação de cofinanciamento para programas ou políticas setoriais, os quais podem estar ou não atrelados ao desempenho e ao propósito de diminuir as desigualdades regionais, de caráter mais verticalizado (Segatto, 2018).

Do ponto de vista mais informal, ou não explicitamente estruturado das relações intergovernamentais, aos estados cabe a conformação de redes de alinhamento entre os gestores públicos, principalmente com os municípios. Em muitos casos, esses processos se dão pela organização de capacitações e treinamentos, que alinham conceitos e possibilitam o compartilhamento de práticas bem-sucedidas. O monitoramento da implementação e da atuação dos gestores municipais é outro elemento para a constituição de redes intergovernamentais, essenciais para criar uma visão comum do presente para determinar uma trilha compartilhada para o futuro. No entendimento de Albuquerque, Mello e Iozzi (2011), a regionalização pode beneficiar-se do estabelecimento de metas e objetivos específicos, com a cooperação dos atores relevantes, principalmente governamentais.

Por fim, a coordenação é condicionada pela estrutura e organização prévia dos serviços no território. São relevantes, nesse sentido, os potenciais ofertantes, a existência ou não de poder de mercado, além de quem são os principais grupos de interesse sociais e econômicos.

No campo da assistência social, emergem aspectos relacionados à demanda por serviços (D'Albuquerque e Sátyro, 2020) e o papel, aparentemente marginal, das capacidades locais na expansão dos serviços sociais implementados (Bichir, Simoni Junior e Pereira, 2020).

8. De acordo com o IBGE, em 2015, havia 3.691 municípios integrantes de consórcios públicos no país, sendo que apenas 3% destes participavam de consorciamento com governos estaduais ou a União, o que evidencia a baixa articulação interfederativa vertical e o baixo interesse dos níveis mais abrangentes de governo nesse tipo de ação coordenada. Os consórcios são mais comuns nas regiões Sul e Sudeste (Mendes, Vasconcellos e Nascimento, 2018).

Na saúde, esse fenômeno é ainda mais complexo, pois compreende a multiplicidade de atores públicos e privados envolvidos na condução da atenção à saúde, os vazios assistenciais (Viana *et al.*, 2015), a concentração de recursos e tecnologias em RMs e capitais, assim como a capacidade de atuação das instâncias colegiadas (Lima e Viana, 2011). Por sua vez, na educação, a existência de uma rede privada mais significativa em determinadas localidades, além de fundações empresariais e organizações não governamentais (ONGs) envolvidas em sua gestão e seu monitoramento, torna mais complexo o exercício da função coordenadora dos entes federativos no seu território, tal como apontam Licio e Pontes (2020a), quando tratam das propostas de composição das instâncias de pactuação federativa na regulamentação do Sistema Nacional de Educação.

Longe de haver consenso acerca de conjunto específico de práticas que caracterizam a ação de coordenação federativa pelo ente estadual, o que temos é um cardápio de possibilidades nesse sentido.

3.3 Financiamento

O financiamento pode ser definido como a capacidade de garantir recursos para a materialização da política no seu âmbito de atuação; inclui uma dimensão redistributiva no cofinanciamento da política, além de compreender a participação no custeio de serviços, benefícios e programas, bem como na definição de critérios para as transferências. Nesse último caso, envolvendo um relevante aspecto regulatório (Lima *et al.*, 2010). Nesse sentido, o primeiro aspecto a ser destacado é o que diferencia o financiamento com regulação, ao estruturar incentivos para produção de cooperação intergovernamental de maneira coordenada, de transferências sem a necessidade de contrapartidas.

A organização de estruturas de financiamento com a assunção de novas responsabilidades pelos entes governamentais é mecanismo de descentralização fiscal e administrativa (Arretche, 2012). Nesse caso, são desenhadas transferências condicionadas que induzem os entes governamentais receptores a comprometerem-se com a implementação de serviços ou com a distribuição de bens definidos pelo ente descentralizador. Os convênios possuem essa natureza e remetem à atuação conjunta e cooperada na Federação.

Nas políticas sociais estruturadas na forma de sistemas únicos, entretanto, é muito corriqueira a utilização de repasses *fundo a fundo*, de gestão mais flexível, que estejam vinculados ao cumprimento de contrapartidas. É possível ainda a combinação de transferências condicionadas a outras características objetivas, atreladas à diminuição de desigualdades territoriais, por exemplo. Muitos estados regulam o repasse de recursos obrigatórios, como a cota de participação dos municípios no ICMS, a critérios de promoção da equidade territorial e de diminuição de desigualdades regionais (Paiva *et al.*, 2014).

Em outro sentido, há a possibilidade de repasses governamentais sem contrapartidas predefinidas. A descentralização obrigatória de recursos para os entes subnacionais via fundos de participação é exemplo disso. Critérios objetivos de porte populacional e localização nas macrorregiões do país são definidores dos repasses.

Dado o cenário de crise fiscal e os desafios enfrentados pelos governos estaduais para financiar suas dívidas públicas, o papel exercido por esses entes governamentais no financiamento de novos programas e serviços públicos é um elemento de destaque, principalmente quando esses gastos não forem obrigatórios ou resultarem em padrão de investimento além do mínimo definido pela legislação.

Cabe ressaltar que, seja como forma de indução de prioridades políticas, seja em caráter redistributivo, nos sistemas de políticas analisados o financiamento é operado a partir do cofinanciamento das três esferas federativas, mediante transferências intergovernamentais que buscam dar condições para que os entes desempenhem a contento as responsabilidades que lhes foram imputadas. Vale ressaltar que, embora não sejam exatamente sinônimos, os termos *financiamento* e *cofinanciamento* têm sido utilizados para descrever processos semelhantes, sendo este último mais usado no Suas.⁹ Neste texto, ambos os termos são usados indistintamente, o que reproduz até certo ponto a terminologia adotada nos normativos, nos dados e no referencial bibliográfico mobilizado para cada política analisada.

9. Art. 28, § 3º da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (Lei nº 8.742/1993).

Importante considerar, ainda, que as três funções de atuação dos estados (execução, coordenação e financiamento) podem combinar-se. Não são exclusivas ou estanques, podendo mudar ao longo do tempo e funcionar de maneira ajustada – como atrelar financiamento e coordenação, ou oferta direta e apoio à regionalização mediante consorciamento municipal. Segatto e Abrucio (2016) apontam justamente para essa convergência no papel exercido pelos governos estaduais, mediante a adoção de: i) programas próprios; ii) formas institucionalizadas e regulares de coordenação (reuniões, subsecretarias de articulação etc.); iii) assessoria técnica; e iv) mecanismos de indução. Assim,

para constituir esse novo padrão coordenador, foram criados mecanismos de redistribuição de recursos, indução financeira para adoção de determinados programas, diretrizes e regulamentação e de sistemas de avaliação e informação nacionais (Segatto e Abrucio, 2016, p. 413).¹⁰

Para além de combinações e sobreposições das atividades que compõem cada uma das três funções potenciais de atuação dos estados (execução direta, coordenação e financiamento), sua mensuração não é trivial. Depende da disponibilidade de sistemas de dados governamentais, preferencialmente interligados e padronizados. Em algumas políticas públicas, esses dados podem ser mais facilmente mapeados que em outras. As funções de coordenação são as mais difíceis de identificar, pois dependem do conhecimento de medidas normativas e administrativas adotadas em cada política pública, de cada UF.

Em síntese são esses os elementos que entendemos nortear as funções executiva, coordenadora e financiadora dos governos estaduais, objeto de discussão da próxima seção no âmbito dos sistemas descentralizados para gestão de políticas sociais.

10. É importante destacar que no caso do estado mais *coordenador* (Ceará) observado por Segatto e Abrucio (2016), a coordenação do governo estadual não compreende apenas os municípios, mas também as universidades, os órgãos representativos dos gestores, e as instituições internacionais. A presença ou ausência de órgão específico para a articulação estado-municípios (institucionalização) também parece ser um elemento importante.

4 O QUE CABE AOS ESTADOS E O QUE DE FATO OS ESTADOS TÊM FEITO?

Ainda que as três principais políticas sociais universais (saúde, educação e assistência social) sejam implementadas por meio de sistemas descentralizados, é possível identificar diferenças entre os respectivos arranjos institucionais. As políticas de saúde e assistência social foram organizadas por meio de sistemas únicos, nos quais os governos estaduais compartilham com o governo federal – no seu nível de abrangência – a responsabilidade pela coordenação da política e com os municípios a responsabilidade pela prestação dos serviços, além do seu cofinanciamento – do qual participam os três níveis de governo.¹¹

No caso da assistência social, os governos estaduais assumiram papel secundário, com foco no apoio aos municípios e poucas áreas de atuação exclusiva. Na saúde, aportam provisões importantes, principalmente na média e alta complexidade. Embora os critérios de cofinanciamento da educação básica, na forma do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), garantam um valor mínimo por aluno, os sistemas estaduais e municipais operam em contexto de maior autonomia para oferta do ensino, com definição de áreas de atuação prioritárias (educação infantil para os municípios e ensino médio para os estados) e comuns (ensino fundamental), o que não impede que a União também desempenhe papel importante de coordenação e indução (Abramo e Licio, 2020).

Ademais, em duas das políticas analisadas (saúde e educação), não é possível “evitar” os governadores, uma vez que estes possuem vinculações orçamentárias que favorecem um padrão mínimo de atuação no leque de responsabilidades que lhes foram atribuídas.

11. O cofinanciamento destina-se a todas as ações e serviços públicos de saúde (ASPS), com algumas poucas atribuições específicas definidas nos regramentos, mas muitas destas sobrepostas e pouco claras. É por esse motivo que, no campo da saúde, a judicialização tem implicado, em alguns casos, demandas simultâneas aos três entes em uma mesma ação, o que pode acarretar prejuízos à coordenação dos serviços. Agradecemos à Luciana Servo a lembrança desse ponto. Entende-se por ASPS as ações e os serviços que podem ser considerados despesas para efeito da apuração dos percentuais mínimos, conforme determina a Lei Complementar (LC) nº 141/2012.

Essa breve contextualização dá os contornos da trajetória delineada para cada uma das três políticas. Nesta seção, detalharemos os caminhos percorridos por estas na conformação dos arranjos federativos responsáveis pela sua gestão, com foco nas responsabilidades atribuídas aos governos estaduais, além de trazer evidências sobre sua atuação na execução de ofertas próprias, no cofinanciamento e na coordenação dos municípios no seu território.

4.1 Educação

A política educacional brasileira caracterizou-se, no século XX, por uma trajetória de baixa articulação federativa entre os entes federados. Se na fundação do Estado Novo, o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova apontava, ainda de maneira idealista, para a consolidação de um sistema nacional de educação (Azevedo *et al.*, 2010) – articulado pela União –, na prática, a política foi historicamente implementada de forma pouco coordenada, com predominância da ação autônoma dos governos subnacionais, principalmente os estaduais.

A combinação entre execução descentralizada e baixa coordenação federal da educação básica resultou em cobertura desigual no país¹² (Segatto, 2015). Como consequência, observava-se no momento de promulgação da Constituição de 1988 grande ineficiência no sentido de atender às necessidades educacionais da população, que se manifestava na disparidade quanto ao acesso nas diferentes regiões, no baixo nível de escolarização da população e nas altas taxas de analfabetismo.¹³ Os municípios não tinham autonomia para manter sistemas próprios de ensino, de forma que aqueles que possuíam escolas eram supervisionados pelos governos estaduais. Até meados da década de 1980, o conjunto dos estados respondia por mais da metade das matrículas do então primeiro grau (hoje ensino fundamental) e segundo grau (ensino médio). Apenas nos estados mais pobres, sobretudo na região Nordeste, é que os municípios respondiam por parte mais importante das matrículas do primeiro grau (Resende Pinto, 1996).

12. Até a redemocratização a educação básica estava sob a responsabilidade dos governos estaduais e do Distrito Federal (DF), cabendo à União atuar em caráter supletivo (art. 169 da CF/1967).

13. Nessa época, a escolaridade média da população brasileira de 15 anos ou mais era de apenas 5,1 anos de estudo. Vinte por cento nem sequer possuíam um ano de estudo. No meio rural, a escolaridade média era inferior a 2,5 anos (Gusso, 1990 *apud* Corbucci *et al.*, 2009).

4.2 Papel dos estados na educação, no pós-CF/1988

A CF/1988 incluiu os municípios no rol dos entes federativos, com responsabilidade pelo ensino infantil e fundamental (art. 211, § 2º), o que permitiu a criação de sistemas municipais autônomos. O texto original da Carta Magna não delimitou explicitamente o papel dos estados, deixando vago o escopo da sua atuação na política. Com a opção pela competência comum aos três níveis de governo, coube a cada ente organizar seus respectivos sistemas de ensino, atendendo aos segmentos que lhes foram colocados como prioritários, em regime de colaboração com os demais.

Foi somente com a Emenda Constitucional (EC) nº 14/1996 (art. 211, § 3º) que se detalharam as competências do nível estadual, atribuindo-lhe a responsabilidade compartilhada com os municípios pelo nível fundamental e, prioritariamente, pelo ensino médio. O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), objeto dessa EC, instituiu um modelo de coordenação financeira que redistribuiu os recursos estaduais e municipais destinados à educação, agregados de suplementação por parte da União. Sua operação baseava-se na definição de valor mínimo de gasto por aluno em cada UF, distribuído segundo o número de alunos matriculados em cada rede (estadual ou municipal). Ao ser repassado para o ente que efetivamente provia a vaga na escola, esse mecanismo promoveu a diminuição das desigualdades de gasto por aluno – sobretudo no nível intraestadual – e funcionou como incentivo financeiro aos municípios, que, na maior parte dos casos, passaram a contar com recursos novos para atender à demanda por escolas (Gomes, 2009; Vazquez, 2014). A mesma lógica de compartilhamento de recursos estaduais e municipais – suplementada pela União e redistribuída de acordo com as matrículas efetivadas por cada ente – foi adotada pelo Fundeb a partir de 2006, cujo financiamento se estendeu também à educação infantil e ao ensino médio (EC nº 23/2006).

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996, contemporânea à EC nº 14/1996, avançou na especificação da responsabilidade dos governos estaduais, ao deixar clara sua incumbência de produzirem, com os respectivos municípios, formas de colaboração na oferta de educação básica, com vistas a adequar responsabilidades às diferentes realidades administrativas, financeiras e demográficas, bem como ajustar suas políticas e seus planos educacionais ao que é estabelecido pela União, integrando e coordenando as suas ações e as dos seus municípios (art. 10).

Outro detalhamento da natureza coordenadora da atuação dos governos estaduais consiste em estabelecer que a ação supletiva e redistributiva da União e dos estados será exercida de modo a corrigir, progressivamente, as disparidades de acesso e garantir o padrão mínimo de qualidade de ensino (art. 75). Na prática, esse dispositivo orienta a materialização do regime de colaboração pelos níveis mais abrangentes de governo, de maneira a garantir uma oferta mais uniforme em todas as localidades. Vale ainda dizer que a CF/1988 buscou acercar-se de incentivos para delimitar a discricionariedade favorecida pelo amplo leque de possibilidades de atuação estadual, ao prever que os estados que não ofereçam o ensino médio nem assegurem a oferta do ensino fundamental com os municípios, em limite inferior à respectiva capacidade de atendimento, estarão impedidos de receber recursos da União (art. 75, § 4º).

Segundo Abramo e Licio (2020), a última década, em especial, caracteriza-se por mudança de postura por parte da União, que se afastou do seu tradicional papel subsidiário na educação básica e ampliou sua participação e sua responsabilidade nos respectivos arranjos e instrumentos de coordenação. Uma série de instrumentos de coordenação da política continuaram a ser desenvolvidos pelo governo federal depois do Fundef e da LDB. Nesse sentido, as autoras destacam o Plano Nacional de Educação (PNE) que, definido na forma de lei,¹⁴ orienta a atuação dos entes federados ao estabelecer decenalmente as metas da política; além do Plano de Ações Articuladas (PAR);¹⁵ os programas federais destinados a estados e municípios com vistas a melhorar a qualidade da educação básica;¹⁶ a realização sistemática de avaliações de aprendizado; e a definição de indicadores que mensurem os avanços nesse processo – como

14. Os dois últimos planos foram objeto das Leis nºs 10.172/2001 e 13.005/2014. A formulação do último PNE deu-se mediante amplo debate, articulado pelo Fórum Nacional de Educação (FNE) nas conferências nacionais de educação (Conaes) e, posteriormente, apreciado e aprovado pelo Congresso Nacional.

15. Criado pelo Decreto nº 6.094/2007, trata-se de estratégia para o planejamento plurianual das políticas de educação, em que os entes subnacionais elaboram plano de trabalho, a fim de desenvolver ações que contribuam para a ampliação da oferta, a permanência e melhoria das condições escolares e, conseqüentemente, o aprimoramento do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) de suas redes públicas de ensino.

16. Segundo Cruz (2011), a política de financiamento da educação via Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) materializa-se em três modalidades de assistência financeira: direta (fornecimento de livro didático), automática (alimentação e transporte escolar) e voluntária – não disponíveis para todos os governos subnacionais e direcionados segundo prioridades da gestão do MEC. Os recursos aplicados no FNDE possuem como fonte principal a contraparte da União no Salário-Educação.

o Ideb.¹⁷ Mais recentemente, o PNE de 2014 previu a regulamentação de um sistema nacional de educação, responsável pela articulação entre os sistemas de ensino, além de uma instância permanente de negociação e cooperação entre a União, os estados, os municípios e o DF (Licio e Pontes, 2020a).

O resgate da trajetória do arranjo federativo da política educacional no período pós-constitucional revela um desenvolvimento mais tardio das responsabilidades dos governos estaduais no âmbito da proposta mais ampla de descentralização da oferta. A lacuna constitucional que predominou até o advento da nova LDB e do Fundef, em meados da década de 1990, coincide com o período de ajuste fiscal por que passaram os governos estaduais, que aproveitaram o mote da descentralização para desincumbir-se sobretudo de despesas correntes, como a remuneração de professores.

Posteriormente, mudanças constitucionais e legais delimitaram um escopo mais definido, indicando as três principais formas de atuação dos governos estaduais na política analisadas neste texto. A primeira está atrelada ao fato de os estados serem apontados como os principais responsáveis pela provisão direta de educação no nível médio e, subsidiariamente, pelo ensino fundamental (art. 211, § 3º da CF/1988). A segunda diz respeito ao financiamento, com a obrigatoriedade de dispêndio mínimo e a determinação do uso de parte das receitas tributárias para distribuição via Fundeb. A terceira relaciona-se ao regime de colaboração e ao estabelecimento de formas de colaboração com os municípios do território (arts. 10 e 75 da LDB).

4.3 Municipalização e novas possibilidades de atuação estadual

Como destacado na seção anterior, o avanço na universalização da educação básica esteve ancorado em três decisivas mudanças institucionais: i) a afirmação do papel dos municípios na provisão de matrículas na educação básica; ii) a aprovação da LDB que avançou na discriminação de responsabilidades para oferta da educação pública obrigatória; e iii) a aprovação de

17. O Ideb é calculado a partir de dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar realizado todos os anos, e médias de desempenho nas avaliações do Inep, a Prova Brasil – para Idebs de escolas e municípios – e a Saeb – no caso dos Idebs dos estados e nacional –, avaliações aplicadas no 5º e 9º ano do Ensino Fundamental e no 3º ano do ensino médio.

TEXTO para DISCUSSÃO

fundos públicos (Fundef/Fundeb) que estabeleceram incentivos financeiros para a ampliação das redes de ensino.

A partir de meados dos anos 1990, houve significativos avanços na universalização do acesso ao ensino básico. Entre 1992 e 1999, foram criadas mais de 10 milhões de matrículas (ampliação de 28%). Além dessa expansão, a tabela 1 mostra as alterações nas distribuições das matrículas, segundo dependência administrativa, no período pós CF/1988.

TABELA 1

Distribuição de matrículas por dependência administrativa

Nível de ensino	Ano	Dependência administrativa				Total
		Federal (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	Particular (%)	
Pré-escola	1992	0,2	24,9	48,1	26,7	3.795.000
	1999	0,0	8,6	68,9	22,5	4.781.522
	2009	0,0	1,5	74,9	23,6	4.900.441
	2019	0,0	1,1	75,8	23,1	5.217.686
Ensino fundamental	1992	0,1	57,8	30,5	11,6	30.106.000
	1999	0,1	46,0	44,8	9,1	36.059.742
	2009	0,1	33,3	54,5	12,1	31.868.172
	2019	0,1	25,7	56,7	17,5	26.923.730
Ensino médio	1992	2,5	68,9	5,1	23,5	4.086.000
	1999	1,6	79,1	3,6	15,8	7.769.199
	2009	1,1	85,9	1,3	11,7	8.338.423
	2019	3,0	83,9	0,5	12,5	7.465.891

Fonte: Dados de 1992: Rezende Pinto (1996). Demais dados: Inep.
Elaboração dos autores.

Observa-se que os governos estaduais ainda respondiam por parte importante das matrículas da educação básica nos primeiros anos após a CF/1988 (57,8% no ensino fundamental e 68,9% no ensino médio). No entanto, o que se observa desde então é sua substituição gradativa pelos governos municipais enquanto principais provedores de vagas, sobretudo no ensino fundamental, segmento que possui a maior quantidade absoluta de matrículas.

Vale pontuar que esse movimento de municipalização foi heterogêneo. Isso fica nítido quando separamos a análise nos dois ciclos do ensino fundamental – anos iniciais e finais (figura 1).

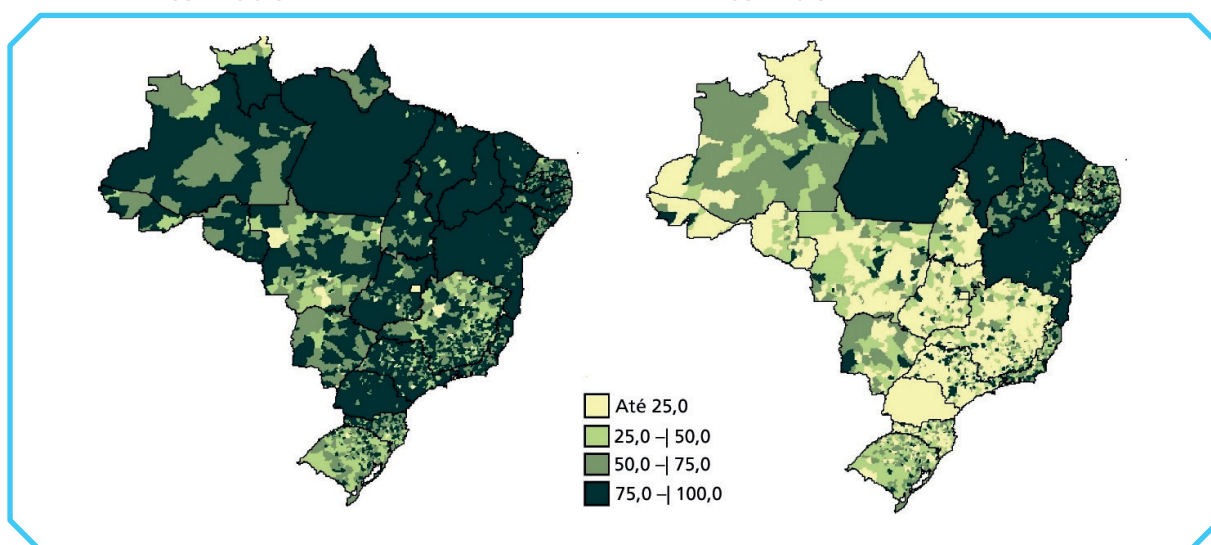
FIGURA 1

Matrículas municipais do ensino fundamental (2019)

(Em %)

1A – Anos iniciais

B – Anos finais



Fonte: Inep.

A figura 1 e mostra que, em termos nacionais, os anos iniciais vêm sendo oferecidos principalmente pelas redes municipais, enquanto nos anos finais a distribuição entre ambas as redes é mais equilibrada, com maior municipalização nas regiões Norte e Nordeste. Similaridades na estruturação didática dos anos finais e do ensino médio¹⁸ – que em tese tornariam mais racional que os estados fossem responsáveis por ambos os segmentos da educação básica – podem explicar essa realidade, embora a dimensão histórica pareça ter um papel relevante: estados em que a oferta foi expandida mais recentemente são mais municipalizados nos anos finais.

Nesse sentido, Sandra Gomes (2009) pontua que a variação entre os graus de municipalização nos estados foi resultado não apenas do interesse dos municípios em aumentar a provisão de serviços, tendo sido afetada também pelo papel indutor dos governos estaduais,

18. No segundo segmento (anos finais) do ensino fundamental e no ensino médio, as aulas são estruturadas em disciplinas, de modo que a necessidade de contratação de professores especializados é semelhante em ambas as etapas.

como também da disponibilização de programas próprios de descentralização. De toda forma, a opção pelo maior ou menor grau de municipalização das matrículas tem a ver com a trajetória político-institucional do ente estadual perante os incentivos colocados a partir da década de 1990, como o Fundef e o Fundeb (Gomes, 2009; Vazquez, 2014).

O ente estadual é aquele que possui maior discricionariedade na organização da oferta educacional, considerando-se a competência compartilhada com os municípios na oferta do ensino fundamental. Tal discricionariedade tem permitido a configuração de diferentes arranjos institucionais, com estados em que essa oferta é amplamente municipalizada e com outros em que a oferta de matrículas é predominantemente estadual, sendo também frequentes arranjos nos quais tanto estados, quanto municípios ofertam parcelas consideráveis das vagas (Licio e Pontes, 2020b).

Se o quadro da distribuição das matrículas por dependência administrativa no ensino fundamental apresenta variações, observa-se um papel homogeneamente residual dos estados na provisão de matrículas da pré-escola. Os governos estaduais representavam, em 1992, cerca de um quarto das matrículas nessa etapa, caindo para 8,6%, em 1999, e estabilizando em pouco mais de 1%, a partir de 2009 (tabela 1).

Como seria de se esperar pela nova distribuição das competências, no ensino médio notou-se um processo inversamente simétrico ao observado no caso da educação infantil: os estados aumentaram tanto sua participação percentual (de 68,9%, em 1992, para 83,9%, em 2019) quanto o número absoluto de matrículas ofertadas (ampliação em 3,5 milhões), enquanto os municípios diminuíram sua participação proporcional (de 5,1%, em 1992, para 0,5%, em 2019) e no total de matrículas (redução de 168 mil). Interessante observar, nesse mesmo período, que enquanto o setor privado reduziu sua participação proporcional no total de matrículas ofertadas no ensino médio (de 23,5% para 12,5%), o governo federal teve seu percentual ampliado.

Os dados sobre matrículas revelam uma ampliação substancial da oferta no período pós-CF/1988 em todos os níveis de ensino. A criação de novas vagas foi viabilizada pela garantia de um valor mínimo de gasto por aluno, por meio de processo de municipalização operado tanto pela transferência de matrículas dos governos estaduais, quanto pela criação de escolas

municipais, ficando o ensino médio como espaço prioritário de atuação estadual. Como saldo desse movimento, observamos que, gradualmente, os estados vêm trocando com os municípios a posição de principais provedores da educação básica. Mas se não são mais os principais provedores, cabe analisar em que medida a estrutura de financiamento da política ainda os coloca em posição de destaque.

4.4 Cofinanciamento estadual na educação básica

De forma similar ao que ocorre na política de saúde, o financiamento da educação pública no Brasil é disciplinado pela vinculação orçamentária de percentual mínimo das receitas dos entes. Esse percentual é de 25% para estados e municípios e de 18% para a União (LDB, art. 69).

A principal fonte do recurso para a educação básica consiste no Fundeb – estrutura que atualmente define a respectiva alocação dos recursos –, operado mediante fundos contábeis, cujas fontes de receitas são compostas em sua maior parte por recursos estaduais.¹⁹ À União cabe a complementação mínima de 10% do montante alocado pelos governos subnacionais. A complementação federal é destinada aos estados que, a partir das fontes de receitas designadas, não consigam atingir um patamar mínimo de gasto por aluno/ano. Os recursos do fundo são redistribuídos de acordo com as matrículas em etapas de modalidades de ensino que correspondem às responsabilidades prioritárias definidas na LDB, de modo que os entes devem utilizar recursos adicionais próprios caso pretendam fornecer matrículas em outras etapas.

Embora tenha sido determinante no processo de expansão e universalização da educação básica, o Fundeb apresentava limitações. Na prática, o recebimento do recurso atrelado à oferta da matrícula criou incentivos para que estados e municípios se concentrassem na gestão das próprias redes de ensino, por vezes de maneira independente e competitiva, sem a perspectiva de um olhar agregado para o território. Fixado em caráter temporário, o fundo

19. O Fundeb não inclui impostos municipais, sendo financiado majoritariamente por impostos estaduais (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD e Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA) e quotas-parte estaduais e municipais do FPE, do *Fundo de Participação dos Municípios* (FPM) e de impostos federais – Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto Territorial Rural (ITR) e desoneração de exportações, de que trata a LC nº 87/96 (Lei Kandir).

enfrentou apenas parcialmente a questão da desigualdade regional, materializada em diferenças na disponibilidade de recursos financeiros para a manutenção e a ampliação do acesso ao ensino básico. A complementação da União foi direcionada apenas aos estados que não atingiam um piso mínimo de dispêndio médio por aluno/ano – o que tinha efeito equalizador ainda distante do necessário para diminuir a disparidade entre estados mais ricos e estados mais pobres. Ademais, a redistribuição de recursos do Fundeb nas fronteiras estaduais favorecia municípios com maior capacidade de arrecadação, que dispunham dos recursos do fundo e de significativa quantidade de recursos próprios para financiar políticas.

Essas e outras dificuldades, como a questão do incentivo da qualidade da oferta educação medida a partir do desempenho dos alunos, foram contempladas na formatação do novo Fundeb recentemente aprovado.²⁰ Entre as principais mudanças, estão sua duração permanente e a ampliação da participação da União de 10% para 23% do montante de recursos alocados na política, a ser gradualmente implementada nos próximos anos. A lógica de distribuição dos recursos da complementação federal, que era estadual, passa a ser municipal, alcançando também os municípios pobres em estados ricos. Ademais, uma parcela dessa complementação será destinada a redes públicas que cumpram parâmetros de melhoria de gestão de recursos.

Além do Fundeb, que responde pela maior parte dos recursos alocados na educação básica, outra fonte adicional para seu financiamento consiste na contribuição social do Salário-Educação, paga pelas empresas (art. 212, § 5º da CF/1988) e que tem receita compartilhada entre os três entes federativos. No caso da União, sua parcela financia programas e projetos voltados para a educação básica, operada via FNDE, de forma a propiciar a redução dos desníveis socioeducacionais entre os municípios, os estados e as regiões brasileiras, em respeito à sua função supletiva e redistributiva.

O volume de recursos públicos aplicados em educação ampliou sobremaneira nas últimas décadas, partindo de 4,7% do produto interno bruto (PIB), em 2000, para 6,3%, em 2017. No caso da educação básica, o gasto saiu de 3,7%, em 2000, para 4,8% do PIB, em 2017.²¹ Essa ampliação permitiu significativa evolução no gasto por aluno, que,

20. O novo Fundeb foi instituído pela EC nº 108, de 26 de agosto de 2020.

21. Disponível em: <<https://is.gd/5p7K5V>> .

segundo dados do Inep – em valores reais –, quase triplicou em 2017.²² Ainda que todos os níveis de governo tenham ampliado a alocação de recursos em educação, os municípios foram os que fizeram maior esforço em termos proporcionais ao PIB, saindo de 1,8%, em 2000, para 2,6%, em 2012. Nesse mesmo período, a União teria partido de 0,9 para 1,3% do PIB e estados de 2% para 2,5% (Brasil, 2014²³ *apud* Peres e Santos, 2019).

Observa-se ainda redistribuição do gasto entre os níveis de governo no sentido da ampliação da participação municipal. Analisando dados agregados para todo o setor de educação,²⁴ Castro (2014) mostra que o município foi o único ente que ampliou sua participação na execução dos recursos – proporção que passou de 27,9 para 39,1%, entre 1995 e 2010 –, reflexo não apenas da criação massiva de vagas nesse segmento, mas também da sua intensa municipalização a partir da desativação de escolas estaduais. Esse segundo aspecto, principalmente, fez com que grande parcela dos recursos de origem estadual fosse transferida e executada pelos municípios. Vale dizer, no entanto, que até mesmo com queda de 48,3 para 41,2%, entre 1995 e 2010, os governos estaduais permaneciam como ente com maior participação no total executado em educação naquele período.²⁵

Portanto, ainda que se tenha verificado ampliação do aporte de recursos estaduais em termos proporcionais ao PIB (Peres e Santos, 2019), observa-se tendência de declínio no percentual de recursos executados pelos estados. É certo que os estados ainda respondiam em 2010 pela execução da maior parte do gasto em educação (Castro, 2014). Infelizmente, não conseguimos obter para esta pesquisa dados consolidados mais recentes sobre a participação dos níveis de governo nesses gastos. A julgar pela continuidade da redução das matrículas estaduais entre 2009 e 2019 (tabela 1), sobretudo no ensino fundamental, é bem provável que hoje os municípios já tenham destronado os governos estaduais da posição de protagonistas na execução do gasto em educação.

22. Passando de R\$ 2.357,00, em 2000, para R\$ 6.823,00, em 2017. Disponível em: <<https://is.gd/pTvpR1>>.

23. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ofício nº 024/2014 – GM/MEC. Resposta ao Ofício nº 204 (SF), de 17 de fevereiro de 2014, que versa sobre o Requerimento de Informação nº 1173/2013, de autoria do senador Randolfe Rodrigues. Brasília: Senado Federal, 2014.

24. Que inclui educação básica e ensino superior.

25. A participação da União caiu de 23,8% para 19,7%, entre 1995 e 2010 (Castro, 2014).

De toda forma, o que o olhar sobre o processo de municipalização das matrículas permite constatar é que o que tem decrescido não é o financiamento estadual – cujas receitas estaduais fixadas pelo Fundeb seguem na mesma proporção –, mas a própria oferta estadual em si, em especial no ensino fundamental. Assim, embora esteja aos poucos deixando de protagonizar a execução do gasto, os dados sugerem que o ente estadual permaneceu por um bom tempo como nível de governo que mais contribuía financeiramente para a educação básica. Vale dizer que, mesmo que o novo Fundeb, aprovado pela EC nº 108/2020, não tenha alterado significativamente a participação estadual no financiamento da educação básica, este ampliou o aporte da União para 23% do total desembolsado por estados e municípios, o que tende a tornar mais equitativa a participação dos três níveis de governo no seu financiamento.

4.5 Coordenação das redes estadual e municipal no território

O arranjo federativo educacional confere maior grau de autonomia aos entes subnacionais do que nas políticas de assistência social e saúde. Instrumentalizada pela garantia de recursos na forma de um valor mínimo por aluno em nível nacional e intraestadual, essa maior autonomia implica que cada ente decida de que maneira agirá, conjunta ou separadamente, com vistas a assegurar a oferta adequada da política.

Assim, a opção pela articulação de sistemas autônomos (estadual, municipal e federal), e não por um sistema único, como no caso das políticas de saúde e assistência social, configura o regime de colaboração que orienta as relações intergovernamentais na educação, que demanda algum grau de coordenação entre redes estaduais e municipais de escolas – não apenas para a oferta nos dois ciclos do ensino nível fundamental,²⁶ mas também para articular conteúdos que permitam aos alunos transitar entre essas redes, de modo a seguir o percurso educacional obrigatório, que, desde a EC nº 59/2009, vai de 4 a 17 anos – o que abrange a pré-escola, os dois ciclos do ensino fundamental e o ensino médio.

26. Até 2006, o ensino fundamental era de oito anos, para a faixa etária de 7 a 14 anos. A Lei nº 11.274/2006 estendeu sua duração para nove anos, ofertado para a faixa etária de 6 a 14 anos. O ensino fundamental divide-se em: anos iniciais (duração de cinco anos), para a faixa etária de 6 a 10 anos, o que corresponde ao período que vai da 1ª ao 5º ano; e anos finais (duração de quatro anos), para a faixa etária de 11 a 14 anos, que abrange o período que vai do 6º ao 9º ano.

Como demonstrado em Segatto (2015), há grande variação na capacidade de articulação dos estados no que concerne aos municípios do seu território. A autora argumenta que a coordenação estado-municípios pode influenciar as políticas municipais de diferentes modos; por exemplo, ao promover a maior equalização em recursos e capacidades administrativas, evitar sobreposições e lacunas na provisão dos serviços educacionais, melhorar a implementação de políticas nacionais etc. Nesse sentido, com base em trabalho de campo e entrevistas com os atores responsáveis pela relação com os municípios nas secretarias estaduais de educação,²⁷ a autora identificou diferentes possibilidades de interação com o ente municipal:

formação inicial e/ou continuada, redistribuição de recursos, distribuição de materiais didáticos, permuta de burocratas e cessão de prédios públicos (geralmente atrelados aos processos de municipalização), matrícula conjunta, convênios, especialmente, relacionados à merenda e ao transporte escolar, assessoria técnica e pedagógica e negociação federativa (Segatto, 2015, p. 81).

A ação conjunta dos entes municipais, mediada ou não pelo respectivo governo estadual, pode ocorrer ainda a partir de consórcios²⁸ ou de arranjos de desenvolvimento da educação (ADEs),²⁹ um tipo de cooperação horizontal em rede no qual municípios com proximidade geográfica e características sociais e econômicas semelhantes compartilham experiências e buscam soluções conjuntas (Grin e Segatto, 2019). Segundo esses autores, há pouco apoio dos governos estaduais e da União a esse tipo de iniciativa, que ainda tem dificuldade de institucionalização.³⁰

27. Segundo a autora, os dados foram coletados em 2013, por meio de questionário sobre a existência de ações ou programas de cooperação e arenas de negociação entre estados e municípios, criação de órgãos específicos nas secretarias estaduais de educação responsáveis por essa relação e oferta de programas de municipalização nos estados (Segatto, 2015).

28. Segundo o Observatório da Confederação Nacional de Municípios (CNM), apenas oitenta (16,4%) dos 488 consórcios públicos existentes atuam na área de educação. Ver o *link* disponível em: <<https://is.gd/9Slyl0>>. Acesso em: 25 set. 2020.

29. Em 2019, haviam quatorze ADEs localizadas especialmente nas regiões Sul e Nordeste do país (Mäder, 2019).

30. Os ADEs não podem receber recursos públicos, mas hoje operam basicamente a partir de assessorias técnicas prestadas por fundações empresariais que os auxiliam no compartilhamento de experiências e soluções (Grin e Segatto, 2019).

Segatto e Abrucio (2016), por sua vez, afirmam que, embora a coordenação por parte dos estados tenha avançado em termos financeiros com o Fundef/Fundeb, esta é menos desenvolvida se considerados aspectos políticos e gerenciais na educação. Também relatam que alguns estados com resultados parecidos no desempenho no Ideb adotam graus de cooperação distintos.³¹ Ao apresentar uma tipologia com diferentes perfis de atuação estadual, os autores concluem que as relações federativas são variáveis e oscilam de acordo com o grau de institucionalização e redistribuição de recursos (financeiros, materiais e humanos). Os modelos podem ser hierárquicos, negociados ou independentes, pouco ou muito institucionalizados, formais e informais. A composição dos grupos é heterogênea, integrados por estados de regiões e níveis socioeconômicos diversos – mostrando que a disposição em coordenar não necessariamente está relacionada com maior disponibilidade de recursos.

No limite, estados que não apresentam práticas de efetiva colaboração com seus municípios descumprem uma das provisões da LDB quanto à organização da política educacional. Tendo em vista a necessidade de assegurar um padrão mínimo de qualidade no seu território, Licio e Pontes (2020b) avaliam que a adoção de ações estaduais de coordenação adquire maior importância quanto maior o grau de municipalização das matrículas. Afinal, a concorrência entre os sistemas de ensino pode acentuar disparidades de oportunidades educacionais – em termos de infraestrutura, conteúdos, projetos pedagógicos, calendários, recursos humanos etc.

Vimos anteriormente que, no período pós-CF/1988, sobretudo após 1996, o governo federal mobilizou uma série de instrumentos de coordenação federativa enquanto responsável pela coordenação nacional da política, de modo a operacionalizar suas funções supletiva e redistributiva na educação básica (Abramo e Licio, 2020). Esses instrumentos são, via de regra, os mesmos utilizados para lidar tanto com estados quanto com municípios, segundo o respectivo nível de ensino em que atua. Assim como os municípios, os estados também podem receber recursos via PAR e têm seus alunos submetidos às avaliações do MEC. A União repassa recursos da merenda e transporte escolar, além de livros didáticos para ambas as redes. A relação com os governos estaduais é mais privilegiada, logicamente, nos programas voltados para ensino médio. Também se observa uma relação mais intensa entre União e estados no caso de apoio

31. O governo de São Paulo, por exemplo, não exerce coordenação tão presente com os municípios, enquanto no Ceará existe uma lógica mais institucionalizada e sistêmica de coordenação federativa.

à elaboração dos respectivos planos estaduais de educação e na mediação da implementação de programas cujo objeto é de responsabilidade dos entes municipais; por exemplo, o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (PNAIC), que tem como foco os primeiros anos do ensino fundamental.

Dessa forma, Segatto e Abrucio (2016) consideram que as relações verticais que o governo federal estabelece com os entes federados são mais uniformes que aquelas entre estados e municípios. Enquanto as regulamentações nacionais, a redistribuição de recursos e os programas federais seriam válidos para todos os municípios, a cooperação entre estados e municípios varia em seu conteúdo e sua institucionalização – inclusive entre municípios de um mesmo estado. Em tese, os mesmos instrumentos nacionais de coordenação podem ser adaptados e aplicados pelos estados para coordenar as redes de escolas estaduais e municipais do seu território. Inclusive, a própria Lei do PNE previu a criação de instâncias permanentes de negociação, cooperação e pactuação em cada estado, com vistas ao fortalecimento do regimento de colaboração com os respectivos municípios.³²

Enfim, se o novo arranjo federativo da educação básica desincumbiu parcialmente os estados da responsabilidade pela oferta, também lhes atribuiu nova responsabilidade pela coordenação das redes de ensino, como forma de garantir um padrão de qualidade em seu território. Inaugurada pela LDB, essa prática tem sido implementada de forma mais sistemática apenas mais recentemente. Alcançada em grande parte a meta da universalização, o PNE 2014 coloca como um dos principais desafios para o regime de colaboração a garantia do padrão de qualidade que – considerando-se o grau de municipalização da educação infantil e do ensino fundamental – não será alcançado sem a mediação coordenadora dos entes intermediários de governo, a qual segue bem heterogênea no país (Segatto, 2015; Segatto e Abrucio, 2016).

4.6 Saúde

Antes de 1988, a atenção à saúde, no Brasil, administrada pelo setor público, era organizada em dois subsistemas: o subsistema da Previdência Social – que, em seus diferentes formatos institucionais, ofertava assistência médica aos seus contribuintes e dependentes em

32. Ver o art. 7º, § 6º da Lei do PNE (Lei nº 13.005/2014).

uma rede própria ou contratada do setor privado – e o subsistema de saúde pública – que, por sua vez, era responsável por realizar campanhas de vacinação, controle de surto epidêmico e ofertar serviços pontuais para aqueles não segurados (Falleti e Angeluci, 2010; Menicucci, 2014).

A coexistência de dois subsistemas administrados pelo setor público resultava em modelo de prestação excludente, clientelista e segmentado, cuja ênfase era a recuperação da saúde, prevalecendo o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) na sua execução, enquanto ao Ministério da Saúde se reservava ações restritas. Tratava-se, sobretudo, de política centralizada no governo federal, descoordenada, com duplicidade institucional (MS e MPAS) e diversidade de agentes na gerência e na prestação de serviços, além de participação mínima dos entes subnacionais (Berenger, 1996). Nesse arranjo, os governos estaduais eram responsáveis por executar diretamente ações de controle e combate às doenças em massa, por meio de seus departamentos nas secretarias estaduais de saúde – SES (departamento de lepra, tuberculose, saúde mental, entre outros). Além disso, progressivamente, esse nível de governo passou a executar atenção seletiva para aqueles não integrados à Previdência Social (Mendes, 1992).

Em meados da década de 1980, uma agenda reformista acentuou a atuação dos estados na prestação direta de serviços de saúde pública. Com a criação do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), o governo federal firmou convênios com governos subnacionais, repassando recursos financeiros com base no tipo de serviços prestados. Apesar de as relações entre os três níveis de governo serem, naquele momento, verticalizadas e a gestão centralizada na União, por meio das AIS, as SES contrataram recursos humanos e expandiram sua rede própria, o que aumentou expressivamente o total de serviços de saúde sob sua gestão: se em 1980 esse nível de governo possuía um total de 5.768 estabelecimentos de saúde, em 1985 saltou para 9.916, o que concentrou 58% do total dos estabelecimentos públicos existentes.³³

Outro aspecto relevante nesse período foi a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que avançou no processo de descentralização operativa dos serviços de saúde a partir de modelo estadualista, reforçando o papel desse ente na execução dos serviços de saúde. Com os convênios firmados, grande parte da gerência dos serviços próprios ou da rede contratada pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

33. Segundo dados da AMS/IBGE 1980-1985.

(Inamps) foi transferida para as SES, financiadas com recursos federais, as quais passaram a executar convênios com os municípios (Berenger, 1996; Silva, 2001; Soter, 2009). Vale registrar que, mesmo que tenha apresentado avanços em alguns estados, o SUDS não logrou reduzir a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. De modo geral, a cobertura dos serviços de saúde manteve-se baixa principalmente para a população mais pobre, e a rede de prestadores – em sua maioria privados – concentrava-se nas regiões mais desenvolvidas do país (Servo, 2020).

4.7 O papel dos estados na saúde, no pós-CF/1988

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito social e definiu os princípios para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa a transição de modelo fragmentado, excludente, subordinado à contribuição previdenciária e à existência de vínculos formais no mercado de trabalho, para um sistema universal, gratuito, igualitário, participativo, descentralizado e com atendimento integral.

Para implementação desse sistema, coube à legislação setorial apresentar sua configuração político-institucional e estabelecer responsabilidades de cada esfera de governo na sua gestão. A Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/1990) foi o primeiro marco normativo do SUS, responsável por apresentar as estratégias de organização do sistema e as atribuições e competências gestoras de cada nível de governo. Em linhas gerais, definiu como função dos municípios o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde; da União, a coordenação nacional do SUS, prestando apoio técnico e financeiro aos estados e municípios; e dos estados, a coordenação do sistema no seu território, ofertando apoio técnico e financeiro aos municípios, bem como promovendo a descentralização dos serviços de saúde para estes. Na prestação de serviço, determinou que os estados gerissem a rede estadual de laboratórios e o sistema público de alta complexidade de referência estadual e regional, bem como executassem ações e serviços de saúde e de vigilância epidemiológica e sanitária.

Ao considerar o histórico de atuação do governo estadual na saúde, a LOS introduziu um novo papel para esse ente. Contudo, conforme argumenta Lima *et al.* (2010), naquele momento, não houve explicitação da sua função no planejamento loco-regional, permanecendo baixa a definição das suas competências na condução e na mediação da política de saúde no seu território.

A implementação do SUS contou com forte indução federal a partir das normas operacionais básicas (NOBs). A primeira NOB foi publicada em 1991 e editada pelo Inamps. Em regras gerais, tratou da transferência de recursos federais para estados e municípios, ao manter os mecanismos de pagamento por produção de serviços na lógica da assistência médica curativa e equiparar a rede contratada e conveniada com prestadores públicos, tratados simplesmente como prestadores de serviço. Não houve definição de competências dos três níveis de governo, mas foi a partir dessa NOB que o governo federal passou a ter relação direta com os municípios, sem a interferência dos estados (Soter, 2009; Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Em 1992, foi publicada uma nova NOB, a 01/92. Entre as novidades da norma em questão, estão a inclusão do planejamento, das atividades de controle e avaliação, assim como da ênfase na descentralização via municipalização. No financiamento, manteve praticamente a mesma lógica da NOB anterior e, quanto ao papel dos estados, apresentou avanços, ao definir como atribuições desse nível de governo a habilitação de municípios para receber recursos federais, a gerência de recursos dos municípios ainda não habilitados e a avaliação de unidades e serviços no seu território. Todavia, apesar dessa tentativa de delimitação, continuaram permanecendo lacunas em várias atividades (Scatena e Tanaka, 2001; Lima *et al.*, 2010).

Em 1993, foi editada a NOB 01/93,³⁴ também considerada a “NOB municipalista”. Essa norma buscou disciplinar o processo de descentralização, introduzindo as regras de habilitação em níveis de gestão para estados e municípios. Sobre o papel dos estados, essa NOB definiu suas responsabilidades de acordo com as condições de gestão: parcial e simplena. Suas funções compreenderam a formulação de políticas específicas, bem como a coordenação da rede de referência estadual, das ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública. Quanto à execução de serviços, determinou que os estados gerenciassem os sistemas de alta complexidade, com ênfase na descentralização dos demais serviços para os municípios.

34. A formulação da NOB 01/93 deu-se em um contexto marcado por críticas ao processo de descentralização em curso e por um maior envolvimento dos gestores municipais no direcionamento da política de saúde, fruto dos avanços da municipalização, representando a formalização dos princípios da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Sistema Único de Saúde: a Municipalização é o Caminho” e produziu amplo debate sobre as dificuldades na condução do processo de descentralização e na gestão da política de saúde.

Embora já se registrassem avanços no delineamento das novas responsabilidades dos estados na coordenação estadual, ainda não se havia instrumentalizado suficientemente essa esfera de governo para tanto (Lima *et al.*, 2010), o que começou a ocorrer apenas a partir da NOB 01/96, mediante a criação da Programação Pactuada Integrada (PPI).³⁵ Essa NOB também reconheceu o papel do ente estadual na conformação das redes de atenção, na integração dos sistemas municipais de saúde e na cooperação técnica e financeira com os municípios. Além disso, atribuiu aos estados a gerência das unidades estatais da hemorrede e dos laboratórios de referência, assim como a execução da gestão da atenção à saúde e das ações de vigilância sanitária naqueles municípios que não assumissem essa atribuição. Para Lima *et al.* (2010), essa NOB representou um momento de inflexão normativa na definição das responsabilidades dos estados, principalmente no que se refere à formulação, ao planejamento e à regulação da rede de saúde no seu território.

As dificuldades na implementação do SUS, em particular na organização de uma atenção de saúde integrada, motivaram a publicação, em 2001, e reedição, em 2002, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas). Essa normatização regulamentou a organização regional da assistência à saúde, introduzindo o conceito de região de saúde e atribuindo às secretarias estaduais a função de conduzir o processo de regionalização. No que se refere aos estados, verifica-se a valorização do seu papel de coordenador da rede de saúde no seu território. Para isso, a referida norma reafirmou a PPI e introduziu outros instrumentos³⁶ a serem implantados pelos estados (Barreto Junior e Silva, 2004; Jaccoud e Meneses, 2020).

Em que pesem os avanços normativos, as limitações na operacionalização desses instrumentos e dessas disputas associadas ao papel dos municípios-polo e à organização hierarquizada no território levaram à elaboração, em 2006, do Pacto pela Saúde. Essa nova

35. A PPI é um instrumento de planejamento regional da oferta de serviços de saúde para a população residente em cada território. Nesta, faz-se o registro dos pactos de atendimento entre os gestores, para garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade (Jaccoud e Meneses, 2020; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).

36. Com a Noas, foram instituídos o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabelece as diretrizes para organizar a rede de atenção à saúde segundo as necessidades e as especificidades de cada região, e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define os recursos de investimentos das três esferas de governo para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual (Jaccoud e Meneses, 2020).

regulamentação buscou avançar na regionalização da saúde, ao reafirmar os instrumentos definidos na Noas, estabelecendo indicadores e metas para aferição de resultados, criando os colegiados de gestão regional (CGRs)³⁷ e instituindo o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) como instrumento de formalização de acordos assumidos por cada nível de governo. Tratava-se de estratégia do MS que buscava substituir incentivos financeiros por pactuação de compromissos entre gestores (Jaccoud e Meneses, 2020). De maneira geral, o pacto detalhou as funções dos estados em sete eixos³⁸ e reafirmou seu papel na coordenação do SUS no seu território e na regionalização da saúde. Entre suas novidades, destaca-se, também, a extinção do processo de habilitação.

Apesar do avanço normativo, o Pacto pela Saúde também não logrou alcançar os resultados almejados na regionalização e na conformação das redes de saúde. Menicucci, Costa e Machado (2018) apontam que, não obstante a construção do pacto ter envolvido os três níveis de governo ao longo de muitas rodadas de negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), não houve modificação do formato e da dinâmica das relações federativas para regionalização da atenção à saúde, tendo os municípios melhor desempenho quando independiam da cooperação federativa ou intermunicipal (Menicucci, Marques e Silveira, 2017). Em 2011, o pacto foi substituído pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap). Com esse novo instrumento, a regionalização passou a ser associada à contratualização, cabendo aos estados coordenar sua implementação. Os resultados, como se verá a seguir, foram bem limitados.

Em síntese, a criação do SUS marca uma redefinição das funções dos estados na política de saúde: se, até o final da década de 1980, os governos estaduais atuavam diretamente operando rede de serviços de saúde, com o advento do SUS ocorreu um reordenamento das suas atribuições, com ênfase em atividades de caráter político-estratégico na coordenação estadual da política (Mendes, 1992). Essa mudança foi gradual e passou por dois momentos de inflexão.

37. Os CGRs foram criados para atuarem como espaços de articulação, definição de prioridades e pactuação nas regiões de saúde, integrando em sua composição todos os gestores municipais dessas regiões, assim como representantes da gestão estadual (Jaccoud e Meneses, 2020).

38. Os sete eixos compreenderam: i) a gestão do SUS; ii) a regionalização; iii) o planejamento e a programação; iv) a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria; v) a gestão do trabalho; vi) a educação na saúde; e vii) a participação e o controle social.

O primeiro destes foi a publicação da NOB 01/96, que introduziu a PPI e instrumentalizou os estados para cumprir o papel do coordenador e articulador no seu território; e o segundo momento ocorreu na publicação da Noas no período 2001-2002, que reconheceu que, sem o papel estratégico dos estados na coordenação, articulação e regulação, não seria possível implementar um modelo de organização do SUS que garantisse acesso integral a todos os níveis de complexidade das ofertas.

4.8 Municipalização e novas possibilidades de atuação estadual³⁹

A municipalização foi peça central do processo de descentralização da saúde, a qual ocorreu sob forte indução federal, o que ocasionou a passagem de um modelo *estadualista* na oferta de serviços de saúde, construído no final da década de 1980, para um modelo *municipalista* na década de 1990 (Ugá *et al.*, 2003).

Como vimos no tópico anterior, as NOBs foram os instrumentos normativos que guiaram a transferência de competências e recursos voltados, principalmente, para os municípios. A habilitação aos níveis de gestão definidos nessas normas era a condição necessária para entes subnacionais receberem recursos federais. No período de dezembro de 1997 a dezembro de 2001, a habilitação dos governos municipais passou de 144 para 5.535, respectivamente, o que representou um total de 99% dos municípios brasileiros e resultou, também, em ampliação nas transferências fundo a fundo do governo federal para esse ente, sem a interferência dos estados (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

O processo de habilitação dos estados às NOBs não acompanhou, todavia, a mesma velocidade dos municípios. Considerando-se as regras da NOB 01/1993, apenas nove estados estavam habilitados na gestão parcial e sete, na simplificada em 1996 (Lucchese, 1996). A adesão ao processo de habilitação nos termos da NOB 01/96 foi ainda mais lenta, e, em dezembro de 2000, apenas quatro estados estavam habilitados em gestão avançada do sistema estadual e

39. A ênfase dada à atuação dos estados, em consonância com as outras seções deste texto para discussão, esteve centrada nos serviços de assistência à saúde – em particular da média e alta complexidade –, não se considerando outros aspectos do setor de saúde, como prevenção e promoção à saúde, assistência farmacêutica etc.

TEXTO para DISCUSSÃO

outros quatro, em gestão plena do sistema estadual. Vale registrar que, com a habilitação, os estados também passaram a estar aptos a receber recursos do governo federal na modalidade fundo a fundo (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Observa-se que, com financiamento do governo federal e as ações direcionadas para a municipalização dos serviços de saúde, nos anos 1990, houve aumento significativo de estabelecimentos públicos municipais. Em 1989, 46,3% dos estabelecimentos públicos de saúde estavam sob gestão estadual, 45,2%, sob gestão municipal e 8,5%, sob gestão federal. Destarte, em 1999, permaneciam sob gestão estadual apenas 5,9% do total de estabelecimentos públicos; em 2009, 2,5%. Em contrapartida, naquele período, houve expressivo aumento do total de estabelecimentos sob gestão municipal,⁴⁰ que evoluiu para 92,2%, em 1999, e 95,6%, em 2009 (tabela 2).

TABELA 2

Total de estabelecimentos públicos de saúde, por esfera administrativa

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1989	1.923	8,5	10.504	46,3	10.279	45,3	22.706	100
1999	628	1,9	1.930	5,9	30.404	92,2	32.962	100
2009	950	1,8	1.318	2,5	49.753	95,6	52.021	100

Fonte: IBGE (1989; 1999; 2009).

Elaboração dos autores.

A ampliação no total de estabelecimentos de saúde municipais decorreu da transferência de unidades de atenção básica que estavam sob gestão das SES para a gestão municipal, assim como, principalmente, da expansão da atenção básica no país na década de 1990. Fazendo uso de incentivos financeiros transferidos para os municípios, o governo federal reorientou o modelo de atenção à saúde no Brasil, ao fortalecer a atenção primária à saúde e buscar

40. Sobretudo unidades básicas de saúde (UBS), com maior ordenação e normatização federal (Viacava, 2018), e hospitais de pequeno porte com média de 35 leitos cada, de forma menos organizada (Paim *et al.*, 2011).

superar um modelo considerado hospitalocêntrico, que prevalecia antes da criação do SUS (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).⁴¹

Apesar da redução do número de estabelecimentos sob sua gestão, os estados ainda concentram um total expressivo de leitos de internação: em 1990, respondiam por 54% do total de leitos públicos; em 1999, por 42%; e em 2009, por 40% (tabela 3). Esses dados mostram que, enquanto o número absoluto de leitos para internação de estabelecimentos de saúde estaduais diminuiu em cerca de 10% (de 67.109, em 1990, para 61.844, em 2009), no caso dos municípios houve expansão significativa de mais de 270% (de 27.144, em 1990, para 75.569, em 2009). Desse modo, os municípios emergem como protagonistas enquanto provedores de leitos para internação, apesar de os estados continuarem com uma fatia significativa dessa provisão.

Assim, mesmo com a redução no total de estabelecimentos sob sua gestão e do total de leitos disponíveis para a internação, os estados continuam operando parcela importante de serviços de média e alta complexidade.

TABELA 3

Total de leitos para internação em estabelecimentos públicos de saúde com internação, por esfera administrativa

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1990	30.562	24	67.109	54	27.144	22	124.815	100
1999	20.351	14	60.845	42	62.322	43	143.518	100
2009	15.479	10	61.844	40	75.569	49	152.892	100

Fonte: IBGE (1990; 1999; 2009).
Elaboração dos autores.

41. O reordenamento do modelo de atenção à saúde no Brasil teve início em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa buscou fortalecer a atenção primária, ampliar o acesso da população aos serviços e reorientar as práticas em saúde. Com o tempo, o PSF deixou de ser um programa e passou a integrar a estratégia prioritária de expansão da atenção primária no Brasil. Para Servo (2020, p.3), no âmbito do SUS, «esse foi o primeiro grande movimento de descentralização da gestão de serviços e transferências diretas para os municípios». Essa ampliação do modelo associado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) se deu em municípios com pouca ou nenhuma oferta de saúde, com impactos positivos para inclusão de populações vulneráveis e melhoria de indicadores de saúde, como a diminuição da mortalidade infantil, embora haja significativas iniquidades territoriais a serem ainda superadas (Castro, Massuda e Almeida, 2020).

A tabela 4 aborda a prestação de procedimentos hospitalares. Ainda que a maior parte seja operada por entidades sem fins lucrativos, ao prestarem serviços ao SUS, essas entidades estão sob a gestão de estados ou municípios, os quais também se destacam na prestação de assistência à saúde de média e alta complexidade por meio de rede própria. Nos últimos anos, os municípios assumiram fatia equivalente à dos estados na média complexidade, ao passo que os estados se destacam mais nos procedimentos de alta complexidade.

TABELA 4**Produção hospitalar do SUS por esfera jurídica e níveis de complexidade (2014 e 2018)**

Produção hospitalar – SIH de 2014 e 2018	Média complexidade				Alta complexidade			
	2014		2018		2014		2018	
Esfera jurídica	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Administração pública federal	282.695	3	304.818	3	46.222	6	50.180	6
Administração pública estadual	2.367.228	22	2.918.024	26	136.232	18	180.300	21
Administração pública municipal	2.115.902	20	2.742.781	25	25.594	3	37.097	4
Entidades sem fins lucrativos	4.584.228	42	4.473.679	40	480.893	63	519.106	59
Entidades empresariais	871.268	8	543.003	5	58.398	8	69.565	8
Outros	628.652	6	138.553	1	15.403	2	22.639	3
Total	10.849.973	100	11.120.858	100	762.742	100	878.887	100

Fonte: SIH/SUS/MS.

Se considerarmos a responsabilidade pela gestão, na forma do comando único estabelecido pela LOS (tabela 5),⁴² o quadro altera-se um pouco, com os municípios assumindo a gestão da rede de média complexidade, com 59% da produção hospitalar *versus* 41% dos estados. Na alta complexidade, observa-se o mesmo protagonismo dos municípios, que gerenciam a rede responsável pela oferta de 56% dos procedimentos hospitalares *versus* 44% da rede estadual.

42. A diferença principal entre as tabelas 4 e 5 reside na definição de direção única em cada esfera de governo, no âmbito do SUS (LOS, art. 7º, IX). A tabela 4 trata da gerência dos equipamentos por diferentes atores, enquanto a tabela 5 remete à ideia da direção única ou gestão única da rede assistencial pelos três entes federados. Assim, por exemplo, a produção hospitalar das entidades sem fins lucrativos será apresentada sob a coordenação estadual ou municipal, o que remete à ideia de direcionamento político único que possa orientar o funcionamento da rede de assistência à saúde no território (Santos, 2012).

TABELA 5**Produção hospitalar do SUS por gestão e níveis de complexidade (2014 e 2018)**

Produção hospitalar – SIH de 2014 e 2018	Média complexidade				Alta complexidade			
	2014		2018		2014		2018	
Esfera jurídica	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Estadual	4.524.915	42	4.538.896	41	324.475	43	391.060	44
Municipal	6.325.058	58	6.581.962	59	438.267	57	487.827	56
Total	10.849.973	100	11.120.858	100	762.742	100	878.887	100

Fonte: SIH/SUS/MS.

Considerando-se a heterogeneidade dos municípios brasileiros, e observando-se que grande parte não possui – e nem deveria possuir, em razão de sua condição – capacidade de oferta instalada para garantir acesso de seus munícipes aos três níveis de complexidade, o resultado do processo de municipalização apresentou-se contraditório (Lima, 2013), com limitações na organização dos serviços regionais e de referência intermunicipal, permanecendo, assim, problemas de iniquidade na oferta e no acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde. Se, de um lado, esse modelo conseguiu aproximar o sistema e seus serviços de saúde dos cidadãos, ampliar o acesso a ações e serviços de saúde e melhorar diversos indicadores, de outro lado, não avançou na coordenação efetiva entre os governos municipais, estaduais e federal, tão menos concretizou a regionalização da atenção, conforme previsto na LOS (Barros, 2018). Com isso, ganhou espaço na saúde uma agenda reformista, cuja ênfase se deu no papel dos governos estaduais, com o objetivo de garantir a integralidade da atenção e a efetivação da regionalização por meio da coordenação.

Vejamos a seguir como essas mudanças na responsabilidade pela execução dos serviços de saúde se refletem no seu financiamento e gasto.

4.9 A participação dos estados no cofinanciamento da saúde

Ao assegurar a saúde como um direito de todos e dever do poder público, a CF/1988 definiu seu financiamento como competência comum da União, dos estados e dos municípios, por meio dos recursos de seus respectivos orçamentos fiscais. Destarte, apesar de o gasto em saúde tornar-se, a partir daquele momento, responsabilidade das três esferas de governo, até meados da década de 1990 o governo federal era responsável por 70% dos recursos gastos em saúde (Faveret, 2003).

Ao seguir o modelo da política de educação, e buscar garantir fontes estáveis para a manutenção do SUS, a Emenda Constitucional nº 29/2000 instituiu a vinculação de parcela do orçamento fiscal para saúde, determinando um limite mínimo para gastos das três esferas de governo com ASPS. Aos municípios, foi definido o mínimo de 15% da sua receita com impostos e transferências constitucionais; aos estados, o mínimo de 12%. À União, estabeleceu-se um valor mínimo empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB entre os dois anos anteriores. Mais recentemente, a EC nº 95/2016 determinou que o gasto dessa esfera de governo deveria corresponder a 15% da sua receita em 2017, corrigido nos anos seguintes apenas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A vinculação orçamentária foi fundamental para garantir a ampliação dos gastos públicos com saúde, com impactos positivos nas três esferas de governo, mas sobretudo nos estados e municípios que, em muitos casos, precisaram aumentar consideravelmente o valor despendido para se adequar à nova regra (Levi e Scatena, 2011). Entre 2003 e 2018, houve crescimento de 128% no orçamento estadual da saúde. Ainda que menor que o aumento dos municípios (ampliado em 166%), o gasto estadual superou a taxa de crescimento do gasto da União nesse período, o qual teve incremento de 86% (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).

Cabe ainda destacar que alguns estados passaram a cumprir a vinculação orçamentária somente quando foram introduzidas sanções e delimitado o entendimento do que se compreende por ASPS, por meio da LC nº 141/2012. Calculando a média de aplicação mínima estadual entre 2004 e 2012 e 2013- 2017, Vieira, Piola e Benevides (2019) identificaram que, no primeiro período, seis estados tiveram aplicações inferior a 12% e, mesmo sob o risco de sanções, entre 2013 e 2017, dois estados não tinham atingido 12% de aplicação da sua receita em saúde.

Paiva, Gonzalez e Benevides (2020) apontam certa estabilidade no período entre 2003 e 2018 quanto à participação dos estados no gasto público total em saúde, que passa de 24,5% para 25,9%. Ao mesmo tempo, observaram tendência de ampliação do gasto municipal – com crescimento de 25,4%, em 2003, para 31,1%, em 2018 –, em detrimento do gasto federal – que apresentou queda de 50,1% para 43%, nesse período.

A análise das contas públicas do SUS entre 2011 e 2014 mostra que os estados têm comprometido seus recursos principalmente com internações (Brasil, 2018). Em 2014, esse nível de governo foi o principal financiador da atenção hospitalar, comprometendo quase dois terços das suas despesas.

Nesse período, é ainda possível observar que desde 2011 os estados passaram a realizar mais despesas com atenção hospitalar do que a União, seguindo uma tendência de financiar atenção curativa e atividades complementares ao diagnóstico e ao tratamento. Em contrapartida, a atenção básica tem transitado nos seus menores patamares de gastos (*op. cit.*). Pesquisa realizada por Jaccoud e Meneses (2020) reforça essa constatação. Segundo as autoras, os recursos estaduais têm sido utilizados para financiar sua própria rede, uma vez que essa esfera de governo é um grande prestador de assistência de média e alta complexidade no SUS, em detrimento do cofinanciamento dos municípios e da organização de redes de serviços para fortalecimento das regiões de saúde.

De modo geral, observa-se que a vinculação orçamentária garantiu participação mais efetiva dos estados no financiamento da saúde, com estabilidade na sua participação em termos proporcionais do gasto público desde então. O movimento mais relevante nesse aspecto, entretanto, consistiu na ampliação da fatia municipal concomitante à redução da participação da União. No caso da oferta própria, identifica-se um movimento de substituição dos governos estaduais pelos municípios enquanto protagonistas na gestão da saúde não apenas na atenção básica, como seria de se esperar em virtude da responsabilidade do nível local de governo pela sua oferta, mas também nos serviços de alta e, principalmente, de média complexidade, estes colocados como também de responsabilidade do ente estadual.

4.10 Coordenação estadual da política e regionalização da oferta

Descentralização e regionalização integram as diretrizes constitucionais para organização do SUS, reafirmadas na LOS. Ainda que essas diretrizes tenham sido previstas conjuntamente, durante a primeira década de implementação do SUS, foram conduzidas de forma desarticulada, o que contribuiu para a fragmentação do sistema de saúde e comprometeu o acesso da população aos diferentes níveis de complexidade da atenção (Lima *et al.*, 2012).

A agenda reformista da saúde da década de 2000 buscou superar esses gargalos, ao resgatar a cooperação coordenada entre as três esferas de governo como um meio de garantir acesso e conformar redes de atenção hierarquizadas, o que nesse caso apenas foi possível via regionalização da saúde e fortalecimento do papel dos estados para coordenar esse processo (Menicucci e Marques, 2016).

A publicação da Noas foi o primeiro instrumento normativo de orientação do processo de regionalização. Essa norma reafirmou o papel dos estados na condução nesse processo e instrumentalizou essa esfera de governo para que atuasse nesse sentido, ao reiterar a PPI, bem como introduzir o conceito de regiões de saúde e os instrumentos de organização do processo de regionalização (PDR) e novos investimentos (PDI).⁴³ Ainda que todos os estados tenham sido habilitados na condição de gestão, esse processo foi heterogêneo e durou entre 2002 a 2004 (Lima, 2010). Quanto aos instrumentos, cabe destacar que estes deram início a um esforço de integração federativa; porém, apresentaram baixa efetividade, o que tornou o processo de habilitação burocrático, cartorial e pouco eficaz no planejamento e na consolidação da regionalização (Menicucci e Marques, 2016; Soter, 2009).

O segundo instrumento normativo para orientar o processo de regionalização da saúde foi o Pacto pela Vida, cuja ênfase se deu na mobilização de mecanismos de cogestão, ao implementar instancias de integração gestoras nas regiões de saúde (CGRs) e buscar avançar por uma via cooperativa, com a participação dos diferentes níveis de governo e priorizando a pactuação de acordos intergovernamentais (TCGs). Ainda que todos os estados tenham aderido ao pacto, esse processo ocorreu de maneira irregular no período de 2006 até 2010 e com diferenças na capacidade de coordenar o processo de regionalização (Lima, 2013). Tais pactuações, sem incentivos nem sanções, se revelaram pouco efetivas e pouco contribuíram para uma regionalização cooperativa (Menicucci, Marques e Silveira, 2017; Servo, 2020).

Em 2011, o Pacto pela Vida foi substituído pelo Coap, que também buscava fortalecer a regionalização. Neste novo instrumento, o não cumprimento dos compromissos se vincula a sanções, o que pode explicar a baixa aderência dos entes estaduais. De acordo com Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017), na implementação do Coap, houve elevada assimetria na assimilação e no engajamento dos estados na execução de ações de planejamento integrado e organização territorial, como o objetivo de pactuação dos entes federados entre si, podendo ser agrupados praticamente de forma equânime em três segmentos: i) incipientes; ii) burocráticos; e iii) avançados. Até 2017, apenas dois destes tinham assinado seus respectivos contratos.

43. Cabe destacar que os instrumentos planejamento e gestão mobilizados ou reafirmados pela Noas (PPI, PDI e PDR), ainda hoje são utilizados para orientar o processo de regionalização.

De modo geral, em que pesem os esforços normativos, a regionalização da saúde ainda é frágil. Sem incentivos financeiros, como aqueles aportados pelo MS durante o processo de municipalização, os recursos destinados para a regionalização foram escassos (Viana, 2011).⁴⁴ Em diferentes momentos, tentou-se alavancar a regionalização, porém de maneira heterogênea e com alguns estados assumindo tardiamente suas responsabilidades (Menicucci e Marques, 2016).

Analisando os estados do Pará, do Maranhão, do Rio Grande do Norte, da Bahia, de Minas Gerais, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, Menicucci e Marques (2016) destacam que, apesar do desenho normativo da regionalização ser capaz de promover a ação coletiva, os estados ainda não assumiram a contento suas responsabilidades como coordenadores do processo, o que tem afetado negativamente a cooperação entre os municípios. Os instrumentos de planejamento e gestão da regionalização têm sido subvalorizados, e poucos estados têm utilizado a PPI para ordenar o fluxo dos usuários, além de apresentarem problemas com a regulação de vagas. Quando o governo estadual detém a gestão da rede, é ainda mais complicado, pois podem coexistir dois sistemas de regulação, um para as vagas estaduais e outro para as vagas municipais, sem estabelecimento de fluxo entre ambos e predominando relações intergovernamentais competitivas (Menicucci e Marques, 2016; Jaccoud e Meneses, 2020), além de eventuais interdependências com o setor privado ou filantrópico.

Corroborando com os autores, Mello *et al.* (2017) destacam que há certo clamor para que os estados assumam o papel de coordenador na regionalização, o que tornaria sua participação mais efetiva tanto na regulação, quanto na mediação e na negociação entre os municípios. Porém, a fragilidade estrutural e técnica das SES tem sido um dos fatores limitantes do protagonismo estadual nesse processo. De fato, a ausência de mecanismo mais efetivo de garantia dos compromissos assumidos pelos governos estaduais dificulta o avanço da regionalização. Jaccoud e Vieira (2020) ressaltam, por exemplo, que em 2014 cerca de um terço das regiões de saúde – das 439 existentes – não realizaram procedimentos de hemodiálise ou encaminhamentos para outras regiões, o que aponta para existência de acentuados vazios assistenciais no país. Silva (2020) também avaliou o grau de cooperação entre estados e municípios na implementação da política de saúde, a qual julgou ser, todavia, menos heterogênea que na

44. A exceção foi a implantação dos CGRs que receberam recursos federais na vigência do Pacto pela Saúde.

educação. O autor também constatou forte heterogeneidade regional entre os estados que atuavam de maneira mais cooperativa com municípios, no qual se destacam Rio Grande do Sul, Ceará, Mato Grosso, Amazonas e Alagoas.

As comissões intergestores bipartite (CIBs), por sua vez, constituem o espaço por excelência da coordenação federativa em âmbito estadual, nas quais há

definição e pactuação de estratégias e instrumentos de regionalização (revisão dos planos diretores de regionalização, programação pactuada e integrada, debate sobre contratualização) e na implantação de estruturas de coordenação regional (os colegiados de gestão regional) (Lima, 2013, p. 106).

Lima (2013) apresenta comparativo que procura medir a institucionalidade e a capacidade de atuação das CIBs, o qual confirma o retrato de desigualdades entre as diferentes regiões do país. Entre as CIBs com institucionalidade avançada e capacidade elevada, estão as dos estados mais ricos das regiões Sul e Sudeste, além do Mato Grosso do Sul, do Ceará, de Alagoas e do Acre. Praticamente todos os demais estados com desempenho inferior estão nas regiões Norte e Nordeste.

Outro instrumento de coordenação importante para compreender-se a regionalização dos serviços de saúde é a constituição de consórcios públicos. Segundo dados da CNM, os consórcios dedicados à área de saúde são a maioria e perfazem 55,9% dos 488 consórcios existentes no Brasil.⁴⁵ Não obstante sejam arranjos institucionais predominantemente constituídos para coordenação municipal, alguns fatores mais amplos ajudam a compreender sua adoção. A promulgação de nova definição jurídica em 2005⁴⁶ conferiu maior estabilidade a esse arranjo. É importante destacar, nesse aspecto, a indução promovida pelos governos estaduais. Os estados com as maiores concentrações de consórcios de saúde apresentaram ações específicas de apoio aos municípios. Nesse sentido, Minas Gerais criou um programa governamental próprio para fortalecimento e promoção da cooperação intermunicipal em saúde, com financiamento para obras e investimentos. O Paraná criou uma legislação própria sobre consórcios e realizou ações de apoio técnico, capacitação e, mais recentemente, apoio financeiro, de forma a induzir

45. Disponível em: <<https://is.gd/9Slyl0>>. Acesso em: 25 set. 2020.

46. Com a Lei nº 11.107/2005 e sua regulamentação posterior pelo Decreto Presidencial nº 6.017/2007

sua realização em todas as regiões de saúde do estado. O Mato Grosso, por sua vez, tem feito parcerias com os consórcios para cogestão os hospitais de saúde de referência (Machado e Palotti, 2015).⁴⁷

Em suma, em que pesem as estratégias de fortalecimento do papel dos estados no SUS, sobretudo no nível normativo, persistem desafios que refletem na sua atuação, em especial na sua dupla função de operação de uma rede própria e na coordenação no âmbito regional. Ao optar pela operação de expressivas redes de atenção à saúde na média e alta complexidade do SUS, alguns estados têm atuado de forma incipiente na coordenação da política de saúde em seu território (Jaccoud e Meneses, 2020). Tais desafios se somam às fragilidades do lento processo de regionalização, ainda por consolidar-se, o que contribui para a persistência de deficiências e assimetrias na assistência à saúde da população brasileira (Lima e Viana, 2011).

4.11 Assistência social

A inclusão da assistência social como um dos pilares basilares da seguridade social é recente no Brasil. Antes da CF/1998, as ações desenvolvidas nesse campo eram esporádicas, assistencialistas e implementadas pela União, pelos estados e pelos municípios de modo independente, sem integração nem coordenação, e prevalecia a iniciativa privada sem fins lucrativos (Arretche, 1998).

A primeira iniciativa de institucionalização da assistência social ocorreu com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), fundada em 1942 para atender os “pracinhas” brasileiros e seus familiares. Posteriormente, essa instituição expandiu sua atuação para outras parcelas pobres da população, prevalecendo a atuação de voluntários e instituições privadas sem fins lucrativos, que recebiam recursos públicos e isenções de impostos e contribuições sociais (Menicucci e Gomes, 2018). Paralelamente à atuação da LBA, o governo federal criou, em 1964, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), para dar assistência a crianças

47. De acordo com Machado e Andrade (2014), se os consórcios são ferramentas concebidas para maior comprometimento e organização da cooperação governamental, restam dúvidas sobre suas potencialidades para dirigir uma regionalização de serviços de acesso universal. Uma vez que os entes federados contribuem na medida da utilização dos serviços, pode haver consequência negativas para regionalização solidária e, por consequência, para concretização da integralidade da atenção à saúde.

e adolescentes pobres e marginalizados. Essa fundação era responsável pela formulação, pelo planejamento e pelo acompanhamento das ações executadas pelas fundações estaduais do bem-estar do menor (Febems), que atuavam sob forte regulação federal, mediante convenio entre os governos estaduais e a União (Draibe, 1994; Silva, 2009).

Em 1974, a LBA foi integrada à área previdenciária social, o que favoreceu sua expansão para todo o país via escritórios regionais. Na década de 1970, foram criadas as primeiras secretarias estaduais de promoção social, que, salvo raríssimas exceções, reproduziam a concepção caritativa e descontinua da assistência social, ao operacionalizar ações sem nenhuma integração com a LBA, que também atuava em estados e municípios (Arretche, 1998; Draibe, 1994; Gontijo, 2015).

Com órgãos desarticulados, ações ineficientes e redundantes, realizadas parcial ou integralmente pela iniciativa privada, os serviços socioassistenciais até a década de 1980 eram ofertados como dádivas ou benesses. Além disso, a inexistência de uma política nacional permitia uma multiplicidade de atores e instituições atuando nesse campo, de maneira dispersa e, muitas vezes, sobreposta, em ações descontínuas, clientelistas e pouco efetivas. É nesse contexto que se insere o papel dos estados, cuja atuação reproduzia esse padrão de oferta, com ações residuais, sem articulação com as outras esferas de governo e baseadas em um modelo clientelista e assistencial.

4.12 O papel dos estados na assistência social, no pós-CF/1988

A promulgação da Constituição Federal de 1988 inaugurou o desenvolvimento da assistência social enquanto política pública, ampliando a responsabilidade estatal em face dos diversos problemas sociais (Barbosa, 1991; Jaccoud, Hadjab e Chaibub, 2010; Menicucci e Gomes, 2018). Destarte, o texto constitucional apresentou as diretrizes para sua estruturação, ao determinar que deve ser prestada a quem desta necessitar e assegurar seu caráter não contributivo. Contudo, não delimitou suficientemente as atribuições de cada esfera de governo na operacionalização da política (Barbosa, 1991): se à União foi determinado o papel de coordenação e normatização geral, aos governos estaduais foram atribuídas as mesmas responsabilidades estabelecidas aos municípios – isto é, a coordenação e a execução dos respectivos programas –, função igualmente atribuída às entidades beneficentes e de assistência social.

Foi no âmbito da Loas⁴⁸ que ocorreu a definição das diretrizes para a organização e o funcionamento da política mediante descentralização político-administrativa; comando único em cada esfera de governo e atribuição de responsabilidades específicas e comuns para cada ente federativo (Mesquita, Martins e Cruz, 2012; Jaccoud, Licio e Leandro, 2018). A maior parte das ofertas ficou a cargo dos municípios, cabendo aos estados atuar em serviços de caráter emergencial ou quando os custos ou ausência de demanda municipal justificassem a criação de uma rede regional. No financiamento, definiu-se que aquele ente deveria repassar recursos para os municípios para o custeio de auxílios natalinos e funerários (benefícios eventuais) e apoiar financeiramente os consórcios municipais na prestação de serviços assistenciais e nas ações voltadas ao enfrentamento da pobreza. No campo da coordenação, coube aos estados o apoio técnico às ações de enfrentamento da pobreza e consórcios municipais na oferta de serviços socioassistenciais (art. 13 da Loas).

Em que pesem as orientações da CF/1988 e da Loas no sentido da estruturação de uma política pública de assistência social, apenas em 1995 é que a LBA e todo o seu aparato assistencialista foram extintos pelo governo federal. No seu lugar, foi instituído o programa Comunidade Solidária, dirigido pela então primeira-dama, Ruth Cardoso, que atribuía ao terceiro setor a oferta de ações socioassistenciais de enfrentamento da pobreza, na forma de alfabetização, capacitação e mobilização de vocações econômicas das comunidades. É interessante observar o lançamento desse programa federal no momento em que os estados passavam por saneamento das contas públicas e não tinham interesse em estruturar diretamente uma política de assistência social, pelo menos na forma mais republicana contemplada pela Loas e pela CF/1988.

A operacionalização das diretrizes preconizadas pela Loas começou a ganhar mais concretude com a edição das NOBs que, aos moldes do SUS, constituíram importante para dar maior organicidade ao papel dos governos estaduais na implementação da política. A primeira destas, editada em 1997 (NOB/01), avançou timidamente no detalhamento do papel dos estados, com a indicação da função de coordenação das ofertas cuja execução deveria ser municipal,⁴⁹

48. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

49. Nesse sentido, a NOB determinou que os estados promovessem o reordenamento institucional, com a gradativa transferência da execução direta para os municípios.

a prestação de serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justificassem uma rede regional de serviços, assim como a execução direta de benefícios eventuais, responsabilidade também conferida ao município.

Em 1998, foi publicada a primeira Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que avançou na distinção das atribuições dos entes federados. No caso dos estados, a PNAS de 1998 reforçou seu papel na coordenação, na normatização, no fomento e na avaliação da política. No financiamento, determinou a participação estadual no custeio dos benefícios eventuais⁵⁰ e no cofinanciamento de serviços, programas e projetos de enfrentamento à pobreza. Começaram a ganhar visibilidade as funções estaduais na qualificação de recursos humanos. Quanto à execução direta, determinou a prestação de serviços que excedessem o nível dos municípios, por sua complexidade e especialidade, e, mesmo não existindo naquele momento uma oferta organizada, começou a delimitar a atuação dos estados naqueles níveis mais complexos.

Ao buscar-se disciplinar os aspectos operacionais para implementação da PNAS, também foi publicada, em 1998, uma nova NOB,⁵¹ que detalhou ainda mais as condições para operacionalização dos níveis de gestão municipal e estadual. No caso dos estados, foi-lhes atribuída a responsabilidade pela criação de CIBs, além da definição da relação dos instrumentos legais a serem estabelecidos com as entidades. Quanto à função de coordenação, coube aos estados, com a União, realizar ações para aperfeiçoar a gestão, além de organizar os sistemas de assistência social nos municípios e fiscalizar os serviços prestados por entidades com financiamento público. Na execução direta, esclareceu como competência desta esfera de governo o gerenciamento de redes localizadas em municípios não habilitados, reafirmando sua função no desenvolvimento de ações de combate à pobreza.

Apesar dos avanços normativos, a implementação da política nesse primeiro momento deu-se em contexto de inexistência de um sistema nacional, marcado “por uma precária atuação do Estado na oferta de serviços assistenciais” (Mesquita, Martins e Cruz, 2012, p. 12), prevalecendo a atuação do setor privado nesse campo. A ausência de oferta organizada

50. A PNAS 1998 não atribui a responsabilidade dos estados na execução direta dos benefícios eventuais.

51. A NOB/02 foi aprovada com a PNAS, por meio da Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), sofrendo pequenas alterações no seu texto em 1999 – ano que foi republicada por meio da Resolução CNAS nº 207, de 10 de agosto de 1999.

refletiu na definição das responsabilidades de cada esfera de governo, que, no caso dos estados, conferiu atribuições genéricas.

Em 2004, foi aprovada a segunda PNAS, que avançou na definição do público e da oferta de serviços, os quais passaram a ser divididos por níveis de proteção – básica e especial (Jaccoud e Colin, 2013). A nova política fez emergir a agenda de implementação de um sistema único (Suas, seguindo a trajetória do SUS na saúde), que ganhou concretude com a publicação, em 2005, da NOB Suas, a qual orientou sua implementação mediante gestão compartilhada e coordenação nacional, além de regulamentar a atuação dos três níveis de governo, a partir de regras e objetivos comuns (Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017; Frey *et al.*, 2017).

A implementação do Suas lançou mão de incentivos financeiros submetidos a processos de pactuação na CIT, mediante transferências automáticas, fundo a fundo, para promover a ampliação da oferta da proteção básica e especial e da efetivação das responsabilidades então delineadas para os três níveis de governo. A ênfase das atribuições estaduais acolhidas pela NOB/Suas atendeu, principalmente, à necessidade da estruturação dos serviços socioassistenciais. Para tanto, essa esfera de governo passou a definir o fluxo e a oferta, coordenar as ações regionalizadas, implementar consórcios ou ações da proteção social especial pactuadas nas CIBs e nos respectivos conselhos estaduais de assistências social (Ceas). Além de reforçar papéis definidos em normativos anteriores, conferiram-se maiores responsabilidades sobre a coordenação e o monitoramento das ações realizadas no âmbito da assistência social – inclusive da rede conveniada.⁵²

O novo arranjo proposto pelo Suas foi finalmente acolhido na Loas com a promulgação da Lei nº 12.435/2011, incorporando muito do que fora detalhado na NOB Suas, conferindo enfim *status* legal a essas atribuições. Após amplo processo de revisão da NOB Suas, que envolveu a CIT, CIBs e conselhos de assistência social, foi editada a NOB 2012, que buscou avançar, sobretudo, em aspectos operacionais da implementação do Suas. Para os estados e o

52. Coube aos estados identificar e reconhecer as entidades inscritas nos Ceas que atendessem aos requisitos da NOB para o estabelecimento do vínculo do Suas.

DF, foram estabelecidas prioridades por meio do Pacto de Aprimoramento da Gestão,⁵³ como instrumento de adesão ao Suas. A NOB 2012 também incumbiu aos estados a responsabilidade pelo cofinanciamento do aprimoramento da gestão dos municípios, já na perspectiva de mensurar e padronizar as condições de oferta. Os estados também foram beneficiados por recursos federais, com vistas ao aprimoramento da gestão estadual. Na formulação de políticas e planejamento, coube aos estados a elaboração e o cumprimento de plano de providências,⁵⁴ a alimentação do Censo Suas e a instituição do plano estadual de capacitação e educação permanente. O governo estadual também deve elaborar Plano de Apoio quanto aos seus municípios, como forma de prestar assessoramento técnico e financeiro para superação das dificuldades elencadas no plano de providências do ente municipal.

Aqui vale ressaltar que, ao avançar na delimitação do que os estados podem ou não executar, a NOB 2012 reafirma o princípio da subsidiariedade, que, segundo a PNAS, rege a divisão de competências gestoras no Suas:

Em todos os casos, deve-se levar em consideração o princípio da subsidiariedade que pressupõe que as instâncias federativas mais amplas não devem realizar aquilo que pode ser exercido por instâncias federativas locais. Em outras palavras: não deve o estado fazer aquilo que pode ser resolvido no município; não pode a União intervir no que pode ter melhor execução pelos estados e Distrito Federal (Brasil, 2004, p. 97).

Em linhas gerais, foi possível identificar a progressiva valorização e detalhamento do papel do ente estadual no arcabouço institucional da política, ao manter-se certa continuidade nas atribuições de uma norma para outra, além do esforço de superar eventuais lacunas e sobreposições de competências entre estados e municípios. A criação do Suas foi sem dúvida marco

53. De periodicidade quadrienal, o Pacto de Aprimoramento consiste em instrumento pelo qual se materializam as metas e as prioridades nacionais no âmbito do Suas, e constitui-se em mecanismo de indução do aprimoramento da gestão, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais (art. 23 da NOB 2012).

54. O Plano de Providências consiste em instrumento de planejamento das ações para a superação de dificuldades dos entes federados na gestão e execução das respectivas ofertas a ser elaborado pelos estados, pelo DF e municípios, com atribuições, entre outras, de identificar as dificuldades apontadas nos relatórios de auditorias, nas denúncias, no Censo Suas, bem como definir ações para superação das dificuldades encontradas (art. 40 da NOB 2012).

importante para o adensamento das responsabilidades estaduais no sentido da organização da oferta. Nota-se preocupação em reforçar responsabilidades comuns, ao mesmo tempo que se deixam atribuições residuais na execução direta de serviços. Em síntese, a atuação estadual na política de assistência social deve considerar a complexidade do serviço prestado, organizando e implementando ações regionalizadas da proteção social especial, concomitante coordena a implementação do Suas no seu território, oferta apoio técnico, bem como capacita e cofinancia os municípios. Essas são as atividades que tentamos mensurar nas próximas subseções.

4.13 Municipalização e novas possibilidades de atuação estadual

Identificamos dois ciclos de descentralização, no sentido da municipalização, como forma de operacionalizar as definições contidas na CF/1988 para a política de assistência social.

O primeiro desses ciclos teve início com a publicação da Loas e passou pela extinção da LBA, pela formulação da PNAS e pela criação de NOBs que regulamentaram o fluxo de financiamento, introduziram níveis de gestão e instituíram as comissões intergestores com caráter deliberativo no âmbito federal (CIT) e estadual (CIBs). A LBA, responsável pela gestão das ações executadas pela União, foi extinta em 1995, com a criação da Secretaria de Assistência Social (SAS), vinculada ao MPAS. Essa nova secretaria regulamentou o Fundo Nacional de Assistência Social e assumiu os contratos da antiga LBA, passando a relacionar-se diretamente com estados e municípios e iniciando um tímido processo de descentralização das ações para os entes subnacionais, via convênios.

Arretche (1999) aponta que essa primeira tentativa de descentralização não logrou os resultados esperados, e apenas 33% dos municípios foram habilitados. Segundo a autora, a baixa adesão a esse modelo de descentralização pode ser explicada pela insuficiência de incentivos financeiros, com o objetivo de atenuar as incertezas quanto à continuidade dos repasses. Destarte, na ausência de diretrizes nacionais efetivas para uniformização da oferta e universalização do acesso às ofertas – que seguiam sendo operadas, em sua maioria, por entidades privadas sem fins lucrativos –, esse modelo de descentralização não resultou em grandes avanços (Jaccoud, Lício e Leandro, 2018).

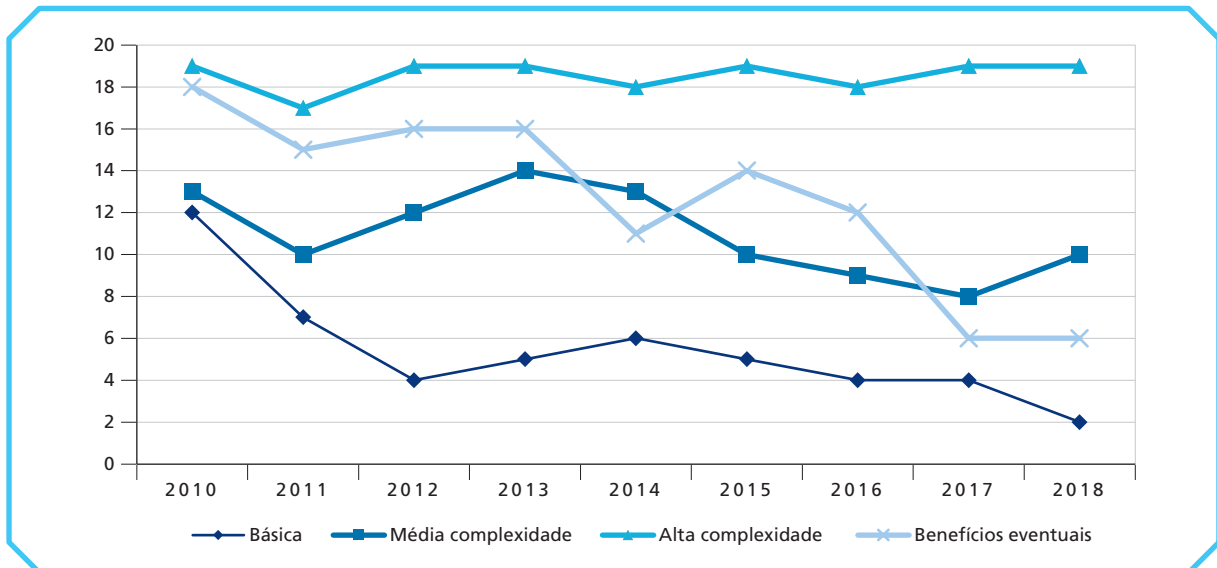
O segundo ciclo de descentralização teve início a partir do Suas, em 2005, o qual representou importante inflexão na política, no sentido da responsabilidade pública protetiva. Para Mesquita, Paiva e Jaccoud (2020), foi a utilização combinada de novos recursos com um modelo de intensa negociação e barganha entre a União, os estados e os municípios que garantiram a expressiva expansão de equipamentos públicos, principalmente municipais. Em 2005, existiam 1.978 centros de referência de assistência social (Cras) e 314 centros de referência especializados de assistência social (Creas), que totalizam 2.292 unidades públicas de referência do Suas. Ainda que o ritmo tenha variado no período, a ampliação da rede de serviços socioassistenciais alcançou, em 2018, mais de 11 mil equipamentos, com 8.360 Cras e 2.664 Creas em todo o território nacional (Mesquita, Paiva e Jaccoud, 2020).

Dada a inexistência de política pública previamente estruturada na área, é importante pontuar que, diferentemente das políticas de saúde e, principalmente, da educação – que continham importante legado de ofertas estaduais –, a municipalização na assistência não veio exatamente da transferência de ofertas estaduais, mas da criação de ofertas municipais. Ademais, analisando o envolvimento de estados e municípios ao Suas, Jaccoud, Licio e Leandro (2018) ponderam que esses entes tiveram comportamentos distintos diante da nova agenda. Se, por um lado, os municípios convergiram para uma ampla adesão às diretrizes nacionais, do outro lado, os estados, até mesmo participando dos espaços de negociação intergovernamental, não assumiram protagonismos em face das novas diretrizes, atuando de forma residual, quando não evasiva.

O gráfico 1 traz os dados sobre a execução de serviços estaduais segundo o tipo de oferta e o grau de complexidade. Observa-se certa heterogeneidade de acordo com o tipo de serviço ofertado. Há nítida redução no número de estados que ofertam serviços da proteção básica (de doze, em 2010, para dois, em 2018) e nos benefícios eventuais (de dezoito, em 2010, para seis, em 2018). Cabe lembrar que a transferência da execução desses serviços aos municípios é uma das diretrizes previstas nos regulamentos vigentes, de modo que os estados que ainda registram ofertas da proteção básica ou benefícios o fazem sem amparo normativo.

GRÁFICO 1

Total de estados que executam diretamente serviços socioassistenciais e benefícios eventuais (2010-2018)



Fonte: Censo Suas 2010-2018.

Elaboração dos autores.

Nos demais níveis de complexidade, os estados mantiveram competência para ofertá-los nos menores municípios, que não possuem demanda nem estrutura suficiente para comportar essa oferta. Nota-se no gráfico 2 uma variação do número de estados que ofertam a média complexidade, chegando em 2018 com apenas dez entes com ofertas próprias, três a menos que o registrado em 2010. Por sua vez, na alta complexidade registra-se certa estabilidade: tanto em 2010 quanto em 2018, foi feita por dezenove entes.

Quanto à oferta de serviços regionalizados, o Censo Suas informava em 2018 a ocorrência de oito UFs com serviços de média complexidade (Alagoas, Ceará, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Roraima, Rio Grande do Sul e Tocantins), e nove com serviços regionalizados de alta complexidade (Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Paraná, Sergipe, São Paulo e Tocantins). Embora atuem na sua organização, nem sempre a oferta regionalizada é executada diretamente pelos governos estaduais, a qual também pode ser feita por municípios ou entidades privadas com recursos públicos. Em 2018, apenas metade dos serviços regionalizados era executada pelos estados, sendo alguns destes com os municípios. Vale lembrar que, embora não haja incentivos específicos nos regulamentos da regionalização para tanto, a assistência

social também pode operar a partir de consórcios. No entanto, segundo o Observatório da CNM, apenas 80 (16,4%) dos 488 consórcios públicos existentes atuavam nessa área.⁵⁵

Dado que em todos os estados há municípios de pequeno porte, cujo perfil não comporta demanda nem capacidade de oferta de serviços de média e alta complexidade, consideramos baixa adesão estadual aos serviços regionalizados, a qual indica muito que avançar no sentido da garantia da integralidade no acesso aos direitos socioassistenciais.

4.14 A participação dos estados no cofinanciamento do Suas

A Loas definiu o financiamento como responsabilidade compartilhada dos três níveis de governo. Contudo, até o início dos anos 2000, o padrão de financiamento da política de assistência social refletia a precária atuação na oferta pública, de modo que se continuava financiando entidades privadas em detrimento do aporte financeiro às iniciativas governamentais. No que se refere especificamente à partilha de recursos federais, as exigências estabelecidas pelas NOBs dificultavam a concretização dos repasses regulares e automáticos, sendo uma parcela significativa desses recursos absorvida pelos convênios, cujos critérios de partilha se pautavam na série histórica da rede assistencial já consolidada, não promovendo a estruturação de novos serviços (Mesquita, Martins e Cruz, 2012; Mesquita, Paiva e Jaccoud, 2020).

O Suas buscou romper com esse padrão de financiamento, criando um novo modelo que favorecesse a gestão descentralizada e a estruturação de uma rede de serviços (Tavares, 2009). O cofinanciamento passou a ser operacionalizado por meio de blocos, seguindo o nível de proteção e compostos por um piso fixo e variável. Foi criado um bloco específico destinado ao aprimoramento da gestão. Com esse novo arranjo, as transferências de recursos federais passaram a ter finalidade e objetivos predeterminados, superando o modelo fragmentado de série histórica e contribuindo para a expansão da rede socioassistencial (Mesquita, Paiva e Jaccoud, 2020).

Todavia, em que pesem os avanços normativos, a reestruturação do modelo de financiamento não conseguiu ampliar a participação dos estados no cofinanciamento da política, que continua residual. Ao analisar a participação das três esferas de governo no financiamento

55. Disponível em: <<https://is.gd/9Slyl0>>. Acesso em: 25 set. 2020.

da assistência social, Mesquita, Martins e Cruz (2012) identificaram que em 2009 a União era responsável por 78% dos gastos, os municípios, por 14% e os estados, por 8%. O aporte financeiro da União, entre 2003 e 2009, foi mais expressivo, com crescimento real de 228%, enquanto municípios se ampliaram em 58% e os estados, em 22%. Contudo, no caso da União, 86% desse montante foi para o custeio de benefícios socioassistenciais (Programa Bolsa Família – PBF e Benefício de Prestação Continuada – BPC), cujo pagamento não passa pelos entes subnacionais. Quando excluído esse gasto, as autoras observaram que foram os municípios que assumiram majoritariamente a responsabilidade de financiar os serviços.

Um esforço mais recente para dimensionar o valor gasto por cada esfera de governo no Suas foi realizado por Mesquita, Paiva e Jaccoud (2020). Com base nos dados dos Sistemas de Informação da Rede Suas⁵⁶ e Siga Brasil,⁵⁷ e considerando-se o período 2012-2016, essas autoras reafirmaram que 62% dos gastos com os serviços, os programas e os projetos do Suas foram realizados pelos municípios, 23%, pela União e apenas 15%, pelos estados.

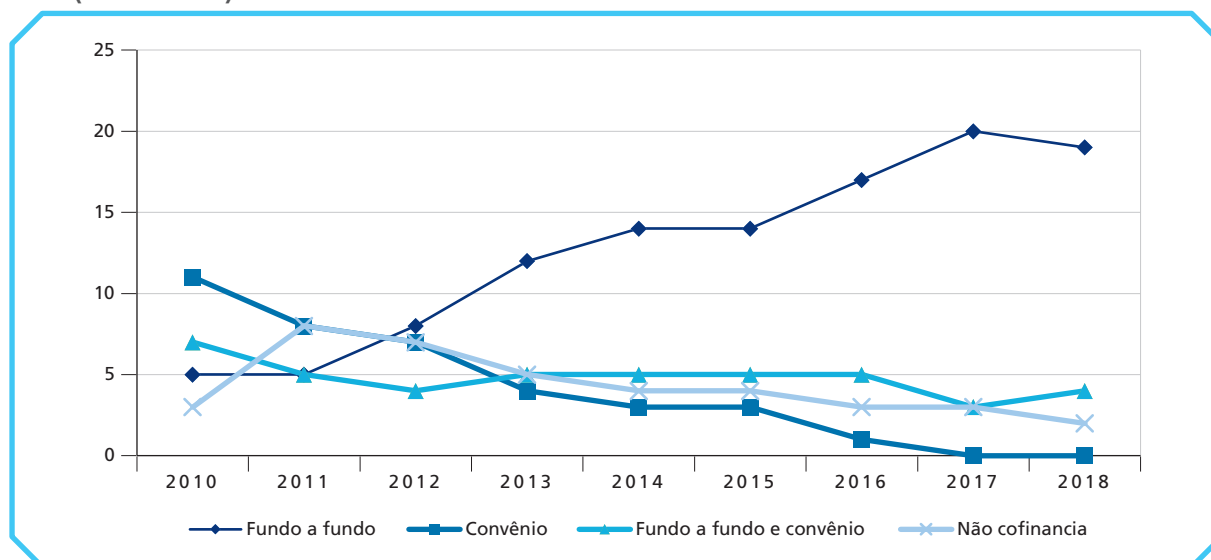
O Censo Suas mostra, por sua vez, que o total de estados que declararam cofinanciar municípios aumentou entre 2010 e 2018. Em 2010, apenas cinco destes repassavam recursos aos municípios na modalidade fundo a fundo, enquanto, em 2018, aumentou para dezenove estados. Ao mesmo tempo, observa-se redução daqueles que não realizavam nenhum tipo de transferência, que diminuíram de oito, em 2011, para dois, em 2018 (gráfico 2). Assim, ainda que o total alocado pelos entes estaduais na política de assistência social tenha se reduzido, há hoje mais estados aportando recursos, cada vez mais na modalidade fundo a fundo conforme preconizam os regulamentos da política, o que permite aos municípios mais autonomia e flexibilidade na sua gestão.

56. Disponível em: <<https://is.gd/XZ7XyR>>.

57. O Siga Brasil é um sistema de informações sobre orçamento público federal, que permite acesso amplo e facilitado aos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos. Disponível em: <<https://is.gd/jpbP3b>>.

GRÁFICO 2

Evolução do total de estados que realizam o cofinanciamento, por forma de repasse (2010-2018)

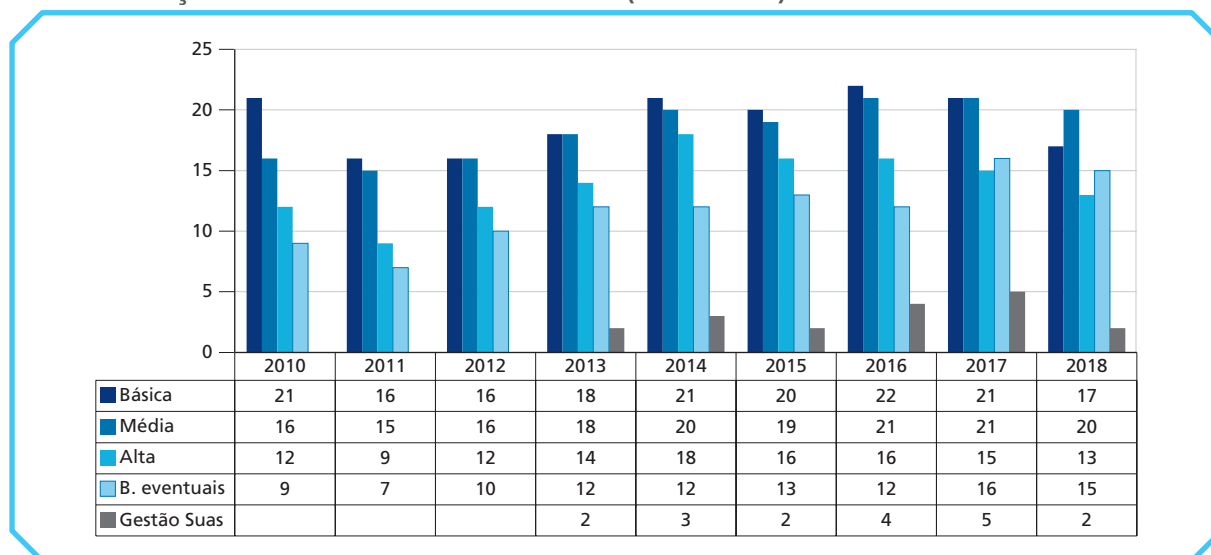


Fonte: Censo Suas 2010-2018.

Elaboração dos autores.

Obs.: O estado do Rio Grande do Sul não preencheu o questionário do Censo Suas 2018.

Esse cenário pode, no primeiro momento, representar crescimento no comprometimento dos estados com a política. No entanto, ao analisar quais serviços os estados têm cofinanciado isso não procede. Ainda com base no Censo Suas, observa-se que a maior parte dos estados não cofinanciava a gestão do Suas. Até mesmo nos serviços de proteção básica e média complexidade, que nesse período foram os mais contemplados com os repasses estaduais, em 2018, reduziu-se o número de estados que faziam seu cofinanciamento (gráfico 3). No caso dos benefícios eventuais, por sua vez, tem aumentado nos últimos anos o número de estados que os cofinanciam.

GRÁFICO 3**Destinação do cofinanciamento estadual (2010-2018)**

Fonte: Censo Suas 2010-2018.

Elaboração dos autores.

Estudos mostram que a participação dos estados no cofinanciamento tem sido incipiente. Brevilheri e Pastor (2013), analisando o processo de implantação do Suas em municípios de pequeno porte no Paraná, ressaltaram que a participação dos estados era insuficiente e pouco significativa para a gestão municipal. Achados semelhantes foram apresentados por Souza (2018). Ao analisar as despesas com assistência social de treze estados, concluiu que essa política não tem sido priorizada por esse nível de governo em face de outras despesas e – além das UFs apresentarem heterogeneidade nos gastos, – suas agendas têm variado de acordo com os partidos políticos de seus governadores.

Em pesquisa de campo com gestores e técnicos das três esferas de governo, Mesquita, Paiva e Jaccoud (2020) corroboram estudos anteriores. O cofinanciamento dos serviços tipificados no Suas pelos estados foi apontado como descontínuo, com aporte de recursos irregulares e atrasos nos repasses para os municípios. Pontuam que, paralelamente, os estados continuam alocando recursos próprios em ações fora do Suas e concorrente com este, “frequentemente operando programas próprios que não são pactuados nas comissões intergestores bipartites e cujo financiamento, quando engloba transferências aos municípios, não segue critérios públicos e pactuados de partilha” (*op. cit.*, p. 21).

Além da baixa participação dos estados no cofinanciamento da política, o Suas enfrenta outro desafio. Das três políticas aqui analisadas, é a única que não possui vinculação orçamentária. Segundo Vazquez (2014), a vinculação tem sido o instrumento de regulação com maior capacidade de intervir na decisão de gastos dos governos, o que garante um patamar mínimo e incide na ampliação do orçamento em áreas sociais. A ausência desse instrumento na assistência social condiciona as disputas com outras políticas setoriais, além de conferir ampla discricionariedade para que cada ente decida quanto e onde gastar, o que favorece discontinuidades segundo a volatilidade das agendas políticas.

Na esfera federal, o impacto da ausência de regras de aplicação mínima já pode ser observado com o teto de gastos imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que limita por vinte anos os gastos discricionários. Ainda que essa EC não imponha, ao menos diretamente, limites aos estados e municípios, seus efeitos já aparecem na redução e na irregularidade do cofinanciamento federal aos serviços socioassistenciais, o que aumenta a pressão para que estados e municípios ampliem seus gastos próprios para manutenção dos serviços socioassistenciais (Mesquita, Paiva e Jaccoud, 2020; Ipea, 2020).

4.15 Coordenação estadual da política e regionalização da oferta

A criação do Suas buscou reafirmar o compromisso governamental com a assistência social, ao estruturar uma rede pública de oferta de serviços, a exemplo das políticas de saúde e educação. Nesse novo arranjo, reafirmaram-se os princípios da descentralização e da cooperação determinados pela Loas, cabendo aos estados, além de executar serviços regionalizados, a função de assessorar os municípios na execução da política – essencial para a efetivação do sistema (Franzese, 2010).

A prestação de apoio técnico aos municípios pelos estados tem sido diversificada. Dados do Censo Suas mostram um incremento nos últimos anos no total de estados que realizam ações de assessoramento, inclusive com pactuações do plano nas CIBs. Se, em 2014, 65% dos estados haviam pactuado seu plano de apoio técnico, em 2018, esse número se ampliou para 85%. Além disso, em 2018, todos os estados afirmaram realizar alguma forma de assessoramento presencial nos municípios, assim como capacitações. Todavia, esse apoio tem sido

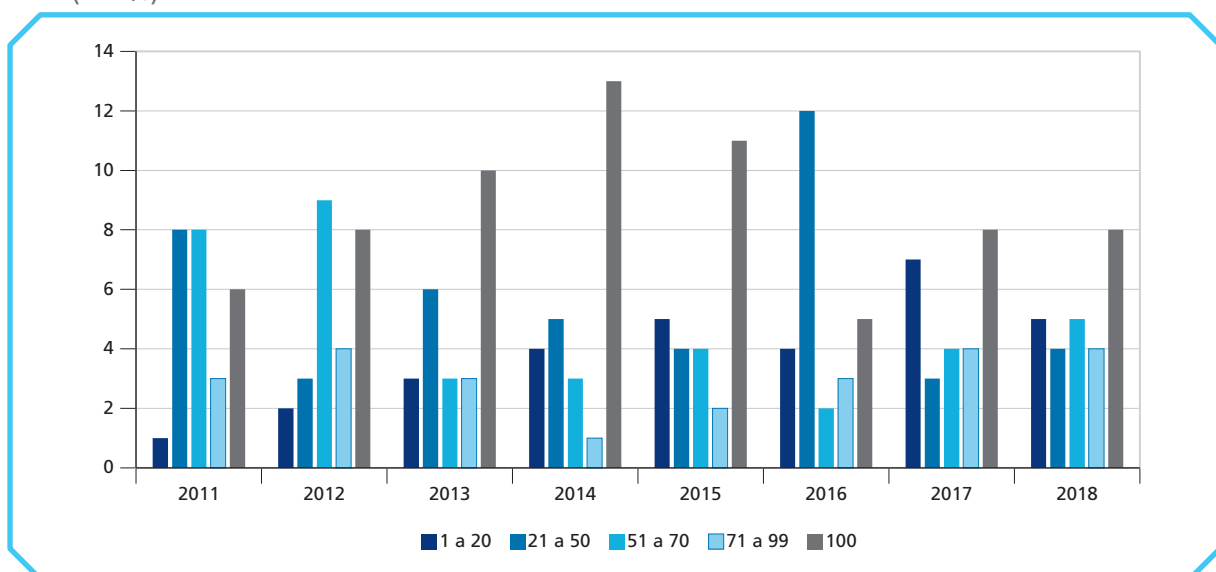
realizado principalmente na modalidade a distância. Em 2018, 81,6% dos municípios afirmaram receber algum tipo de assessoramento técnico a distância e apenas 44,6% o receberam de forma presencial. Considerando-se as visitas técnicas realizadas pela equipe da secretaria estadual, 49,7% dos municípios afirmaram não terem sido contemplados nesse ano.

Assim, é bastante variável o formato, bem como a intensidade e a constância, de interações entre os gestores estaduais e municipais ao longo do tempo. Tomando-se em particular o percentual de municípios visitados no período 2011-2018, em 2014, houve treze estados que visitaram todos os seus municípios, ao passo que dois anos depois somente cinco estados assim o fizeram, de modo que a maior parte (doze estados) visitou entre 21% e 50% dos seus municípios (gráfico 4). De modo geral, estudos têm apontado que a atribuição de coordenação estadual na assistência social ainda não se consolidou. Jaccoud, Licio e Leandro (2018) apontam para a insuficiência ou inexistência de apoio técnico para os municípios. Brevilheri e Pastor (2013), por sua vez, ressaltam que a equipe técnica da secretaria estadual do Paraná não era compatível com essa atribuição.

GRÁFICO 4

Total de estados de acordo com os municípios visitados (2011-2018)

(Em %)



Fonte: Censo Suas 2011-2018.

Elaboração dos autores.

Obs.: Esse tema não foi abordado pelo Censo Suas em 2010.

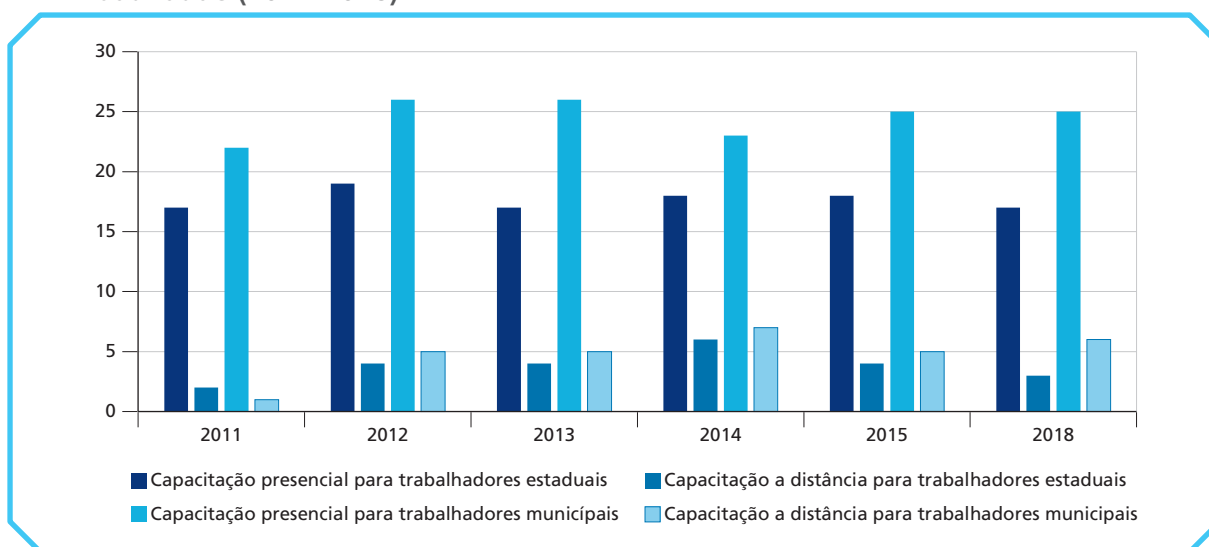
TEXTO para DISCUSSÃO

A constituição de planos de providência com ações planejadas para auxiliar os municípios a superar dificuldades na gestão e execução dos serviços é um instrumento importante para que os estados exerçam seu papel no monitoramento e na coordenação da política no seu território. Contudo, sua utilização tem sido residual nos diferentes estados. Entre 2011 e 2018, observa-se redução considerável no número de estados com planos de providência: se, em 2011, 81% dos estados tinham planos vigente, em 2018, houve queda considerável para 42%, de acordo com dados do Censo Suas.

Por sua vez, o gráfico 5 mostra que a oferta de capacitação presencial a trabalhadores municipais segue bastante frequente, o que abrange praticamente todas as UFs a partir de 2012.

GRÁFICO 5

Total de estados que promoveram cursos de capacitação segundo participantes e modalidade (2011-2018)



Fonte: Censo Suas 2011-2018.

Elaboração dos autores.

Obs.: Esse tema não foi abordado pelo Censo Suas em 2010, 2016 e 2017, segundo parâmetros que permitissem comparação em série histórica.

Silva (2015) analisou a capacidade institucional dos estados no Suas e identificou elevada heterogeneidade, fato esse corroborado pelos dados do Censo Suas. Em 2018, 92,3% dos estados não contavam com uma secretaria exclusiva para a assistência social, 53,8% não tinham constituída uma subdivisão administrativa de regulação do Suas e outros 73,1% não possuíam lei estadual de regulamentação desse sistema. O autor avalia que a implementação do Suas

pouco contribuiu para o fortalecimento institucional dos governos estaduais nessa política. Ademais, avalia que a ausência de elementos fundamentais para o pleno funcionamento das secretarias estaduais evidencia a baixa relevância dessa política para esse ente. Considera ainda que o arranjo institucional conferiu ao ente estadual grande discricionariedade e a *performance* adotada por esse nível de governo tem sido pautada principalmente nas suas escolhas políticas.

Cabe falar ainda dos espaços de negociação estado-municípios. Assim como a política de saúde, a assistência social conta com instâncias bipartites de pactuação intergovernamental (CIBs). Considerando-se o papel dos estados na coordenação, essas comissões se tornam o *locus* estratégico para a gestão do sistema. As CIBs estão presentes em todas as UFs; porém, apresentam variações no que se refere à sua institucionalidade e atuação. Ao analisarem o funcionamento dessas instâncias, Jaccoud, Meneses e Stuchi (2020) identificaram três padrões distintos de funcionamento. O primeiro grupo de CIBs tem atuado com ênfase em atividades de formação. Por sua vez, o segundo grupo destaca-se pela ênfase na produção de alinhamento, enquanto o terceiro grupo tem atuado mais incisivamente na produção de decisões pactuadas.

Ao considerarem esses três tipos de perfil de atuação das CIBs, as autoras ainda destacam que essas comissões têm atuado mais incisivamente, na formação de recursos humanos para o Suas, na disseminação de informação sobre normas e regras do sistema e na produção de alinhamento sobre os aspectos centrais da política. Dessa forma, sua atuação na conformação de uma agenda normativa e financeira comum no âmbito estadual segue residual (Jaccoud, Meneses e Stuchi, 2020).

Em suma, mesmo que se verifique importante apropriação estadual acerca de suas responsabilidades de assessoramento técnico aos municípios, sobretudo na promoção da capacitação dos trabalhadores municipais, o Suas ainda padece de fraca institucionalidade estadual, com uma agenda na qual predominam as escolhas políticas (Silva, 2015). Isso se reflete no baixo empoderamento das CIBs, que – embora atuem na disseminação de normas e produção de alinhamento informacional – ainda não conseguem construir uma agenda propositiva e comum de consolidação do Suas em boa parte dos estados (Jaccoud, Meneses e Stuchi, 2020). Ademais, apenas um terço dos estados conseguiu cumprir a responsabilidade de estruturar em algum nível os serviços regionalizados, executando, todavia, apenas a menor parte destes.

Assim, como política de trajetória mais recente entre as três analisadas, a atuação estadual na assistência social em termos de coordenação é que mais tem de avançar na efetivação de suas responsabilidades.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A CF/1988 reconfigurou as relações federativas e o papel dos entes na gestão das principais políticas sociais. Até então, os estados possuíam posição de destaque nesse aspecto, respondendo pela maior parte das matrículas na educação básica e dos serviços de saúde. No caso da assistência social, contudo, a área sequer gozava do *status* de política pública, de forma que a atuação dos entes federados era subsidiária e desconexa com a ação filantrópica mediada pela LBA.

Com pouco detalhamento constitucional das competências do nível intermediário de governo para as políticas analisadas, as responsabilidades estaduais passaram a ser melhor delineadas apenas a partir da legislação subsequente, em meados da década de 1990. O ajuste fiscal implementado pelo governo federal, bem como a lógica política de baixa institucionalização partidária – em que a eleição nacional está descolada das eleições estaduais, de modo que os presidentes da República não possuem bases eleitorais fixas nos estados –, ajuda a explicar a ausência dos governos estaduais na coordenação do processo de municipalização *autárquica* da década de 1990.

Com a recuperação das contas estaduais em meados dos anos 2000, depois que o governo federal assumiu a coordenação do processo de descentralização a partir da relação direta com o nível local, e – quando enfim se pôde observar a municipalização mais coordenada de boa parte das ofertas – foi possível começar a estruturar um espaço de atuação estadual na coordenação da política do seu território, seja apoiando a estruturação das capacidades municipais para oferta própria, seja coordenando a regionalização dos serviços mais complexos que não podem ser ofertados pelos pequenos municípios isoladamente.

Verificamos similaridades nessa trajetória. A partir dos anos 1990, as três políticas observaram, em ritmos diferentes, processos de regulamentação das diretrizes que levaram à municipalização dos serviços, sobretudo nos básicos e de menor complexidade. O ajuste fiscal

promovido nas contas estaduais contribuiu para que os estados se desincumbissem de boa parte das ofertas que até então estava sob seu comando. Na educação, a municipalização maior ocorreu no ensino fundamental e foi impulsionada a partir do incentivo financeiro representado pelo Fundef em 1996 (Gomes, 2009). No caso da saúde, tanto a legislação ordinária quanto as NOBs da década de 1990, fixaram as diretrizes nacionais. Governos estaduais transferiram a atenção básica aos municípios, além de gerir temporariamente os recursos daqueles ainda não habilitados segundo as exigências mínimas (estabelecimento de conselho, fundo e plano). Na assistência social, a Loas até previu a descentralização político-administrativa em 1993, mas o primeiro movimento nesse sentido ocorreu apenas após o fim da LBA em 1995, com a mediação dos estados que recebiam os recursos federais dos municípios que ainda não tinham conseguido estruturar condições próprias (conselho, fundo e plano, e lógica semelhante à da saúde).

Se a década de 1990 se caracterizou pela regulamentação e municipalização da oferta dos serviços básicos de saúde e educação, os anos 2000 foram de consolidação desse processo em ambas as políticas. A vinculação orçamentária de recursos da saúde a partir da EC nº 29/2001 – até então prerrogativa apenas da educação – ajudou os estados a definirem melhor sua responsabilidade de coordenação, regionalização e oferta em caso de impossibilidade pelos municípios. Na educação, destaca-se o advento do Fundeb em 2006, que estendeu para a educação infantil e o ensino médio a garantia de um valor mínimo por aluno, o que permitiu pensar a ação coordenada dos entes subnacionais para todos os níveis da educação básica. Os avanços em termos de coordenação federativa na educação tiveram caráter unidirecionado. Ficaram mais a cargo do governo federal, que ampliou os instrumentos nacionais com essa finalidade e privilegiou sua ação com os municípios, de modo que os estados continuaram a atuar majoritariamente como gestores de redes de escolas, com uma ou outra experiência mais exitosa de coordenação estado-municípios.

A assistência social, por sua vez, construiu um processo mais lento de expansão. A efetiva estruturação da responsabilidade pública pela sua oferta, com parametrização em termos nacionais, veio apenas com a PNAS, em 2004, e o Suas, em 2005. Foi somente a partir de então que os entes federativos começaram a apropriar-se de um sistema parametrizado de recursos humanos e ofertas, com espaços institucionalizados de pactuação federativa e participação

social. A municipalização coordenada e o detalhamento do papel do ente estadual também ocorreram a partir do Suas, menos no sentido de transferir gestão estadual de serviços⁵⁸ e mais de cofinanciamento e apoio técnico para estruturar recursos humanos e equipamentos, além de capacitação para que os municípios gerissem a própria rede socioassistencial e assumissem as ofertas em fim tipificadas em 2009.⁵⁹

Em todas as três políticas, o papel do ente estadual enquanto coordenador parece ter sido desenvolvido após o estágio mais avançado de municipalização, ainda que as respectivas leis regulamentadoras (LOS, Loas e LDB) já tivessem sinalizado essa responsabilidade muito antes.

Embora tenhamos boas experiências de coordenação estadual na educação, o exercício desse papel ainda é bem heterogêneo, de modo que alguns entes estaduais se limitam a atuar como gestores de sua própria rede de escolas e outros nem isso, pois municipalizaram a maior parte da oferta do ensino fundamental (Licio e Pontes, 2020b). Persiste o desafio em fazer com que estados coordenem o avanço na qualidade da oferta, de maneira a diminuir desigualdades e assegurar o aprendizado segundo padrões nacionais das redes de ensino que atuam no seu território, sendo, para tanto, necessário o papel coordenador, em especial no caso daqueles com oferta mais municipalizada. No caso da saúde, os estados ainda exercem funções relevantes enquanto executores dos serviços, não obstante tenha havido redução da proporção de respectivos equipamentos públicos e da oferta de leitos hospitalares na média e alta complexidade e na produção hospitalar. O avanço na condução do processo de regionalização segue limitado e desigual, assim como o cofinanciamento para níveis maiores de complexidade. A regionalização incipiente e a falta de coordenação com a atenção básica deixa descoberta a população que reside nos municípios de pequeno porte, o que compromete a efetivação do princípio da integralidade no acesso ao direito à saúde, bem como a efetividade e a eficiência do SUS. No caso do Suas, os estados assumiram bem a capacitação, com alguma oferta na média e, mais abrangente, na alta complexidade, mas deixaram a desejar na regionalização dessas ofertas, que permanecem ainda bem mais incipientes que na saúde.

58. Praticamente, não existia oferta estadual de proteção básica na assistência social antes do Suas. A transferência de serviços geridos diretamente pelos governos estaduais aos municípios recaiu sobre serviços que enfrentam situações de risco e violações de direitos característicos da proteção especial – caso dos abrigos, por exemplo.

59. Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009.

No que concerne ao financiamento, cabe pontuar que a vinculação orçamentária na saúde e na educação favorece o aporte dos níveis de governo na política. Nota-se que a vinculação orçamentária propicia razoável estabilidade. Sem esse mínimo, a alocação de recursos depende exclusivamente da decisão dos governos, o que gera insegurança quanto à continuidade das ações. Na saúde e na assistência social, muitos estados têm preferido cofinanciar a oferta municipal ou organizar redes com entidades privadas sem fins lucrativos, do que prestar diretamente os serviços em equipamentos próprios. Na educação, segue, ainda que com menor intensidade, o processo de municipalização do ensino fundamental. Assim, observa-se que redução do papel dos governos estaduais na oferta das políticas tem feito com que, naturalmente, também deixassem de protagonizar a execução dos gastos nas políticas de saúde e educação. Cabe ressaltar, no entanto, que no caso da assistência social os estados nem chegaram a alcançar destaque nesse aspecto.

A comparação das três políticas permite considerações adicionais. Em primeiro lugar, a vinculação orçamentária favorece a continuidade da atuação dos governos estaduais. O conflito deixa de ser a possibilidade ou não de alocação de recursos em determinada política para como esses recursos serão alocados. Em outras palavras, a questão é *como* se dará a atuação estadual, e não *se* esta se dará. Essa é uma vantagem da saúde e da educação em comparação à assistência social. Em todo caso, a autonomia dos entes federados ainda se mantém, o que abre espaço para a acentuada heterogeneidade do engajamento dos governos estaduais nos diversos papéis que podem exercer nas três políticas estudadas.

Como argumentam Franzese e Abrucio (2013), há efeitos recíprocos entre o federalismo e as políticas públicas. Os sistemas nacionais de políticas foram primordialmente baseados no SUS, o que ofereceu um legado para outras políticas, com destaque para a assistência social. A investigação feita neste trabalho, contudo, permite questionar em que medida a coordenação federativa da saúde poderia beneficiar-se com os avanços realizados pela assistência social. Em particular, o papel exercido pelos estados nesta última é captado sistematicamente por meio do Censo Suas, ferramenta inexistente para a saúde. Da mesma forma, a educação possui o duplo desafio de organizar, de forma mais sistemática, um sistema integrado de coordenação federativa e de identificar, registrar e monitorar as diversas formas com que os estados atuam em relação aos municípios do seu território.

Cabe ressaltar que, como era de se esperar, o ganho marginal da descentralização – em termos de universalização e integralidade da oferta – foi maior na fase de municipalização dos serviços básicos, fazendo-se necessário avançar nos instrumentos de coordenação, com o objetivo de garantir cobertura dos serviços de maior complexidade e integrá-los aos demais serviços. Os consórcios, apesar de suas limitações constitutivas (Machado e Andrade, 2014), aparecem como possibilidade de institucionalizar a cooperação intermunicipal e vertical entre os entes, em especial no caso dos municípios de pequeno porte, mas – com exceção da saúde – não encontram adesão significativa nas políticas de educação e, especialmente, da assistência social, inclusive sem mobilização de incentivos específicos dos governos estaduais e da União a esse tipo de arranjo.

Em todo caso, análises mais aprofundadas sobre a atuação dos governos estaduais mostram o quanto a atuação mais proativa dos governos estaduais se relaciona com melhores resultados da política (Silva, 2020; Segatto, 2015; Licio e Pontes, 2020b). Dessa forma, concordamos com o argumento de Silva (2020), de que os estados importam e podem fazer diferença, sobretudo na garantia da integralidade do acesso aos direitos sociais em seus diversos níveis de complexidade, em todo o território nacional. Argumentamos que faltam aos atuais arranjos institucionais das políticas analisadas mecanismos de coordenação que permitam atribuir protagonismo aos entes estaduais na efetivação das suas responsabilidades, razão pela qual concordamos com a tese de que ainda padecemos de um arranjo federativo incompleto.

Em suma, consideramos que os sistemas de políticas sociais não têm conseguido produzir convergência na atuação dos entes estaduais com a mesma efetividade com que fizeram com os governos municipais. Ademais, as formas como os sistemas de políticas públicas operacionalizaram o exercício das competências comuns suscitam dilemas de cooperação como o *blame avoidance* (fuga de responsabilidade), por meio do qual – em função das dificuldades em prover serviços sociais – um nível de governo afasta de si para outros a responsabilidade pela sua provisão. Outro dilema dessa natureza consiste em como tornar as ações do nível intermediário politicamente atraentes para os eleitores no *credit claiming*. Essa configuração prejudica a visibilidade dos protagonistas das ações por parte dos eleitores, razão pela qual não se surpreende que o nível estadual seja o menos lembrado pelos cidadãos como responsável pela entrega das políticas públicas (Arretche, Schlegel e Ferrari, 2015).

O quadro 1 apresenta uma síntese dos achados discutidos nesta seção.

QUADRO 1
Síntese comparativa da atuação dos governos estaduais nas políticas de educação, saúde e assistência social

	Educação	Saúde	Assistência social
Papel definido no pós-CF/1988	Atribuições específicas	<ul style="list-style-type: none"> . Coordenação das redes no seu território . Condução da regionalização da oferta dos serviços de média e alta complexidade 	<ul style="list-style-type: none"> . Coordenação das redes no seu território . Condução da regionalização da oferta dos serviços de média e alta complexidade
	Atribuições comuns	<ul style="list-style-type: none"> . Cofinanciamento . Oferta ensino fundamental – com municípios 	<ul style="list-style-type: none"> . Cofinanciamento . Oferta média e alta complexidade
Execução	Trajetória	<ul style="list-style-type: none"> . Municípios tornaram-se principais responsáveis pela oferta dos serviços em atenção básica e dividem com estados ofertas importantes na média e alta complexidade 	<ul style="list-style-type: none"> . Legado de assistencialismo e frágil atuação governamental tardou a institucionalização da política em estados e municípios . Trajetória de atuação estadual evasiva. Avanços na formulação do respectivo papel e instrumentos, mas com baixa efetividade na sua implementação
	Municipalização	<ul style="list-style-type: none"> . Universalização da oferta veio tanto pela municipalização das matrículas estaduais no ensino fundamental, quanto pela criação de novas matrículas pelos municípios 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampla expansão da oferta da proteção básica no nível municipal, pela criação de novos serviços
	Execução direta	<ul style="list-style-type: none"> . Heterogeneidade quanto à execução dos anos finais do ensino fundamental (algumas UFs municipalizaram mais que outras) . Oferta do ensino médio 	<ul style="list-style-type: none"> . Baixa apropriação da responsabilidade pela oferta direta de serviços de alta e, principalmente, de média complexidade

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

	Educação	Saúde	Assistência social
Financiamento	Provisão de gastos mínimos constitucionais	25% da receita líquida	Não
	Proporção de gastos em comparação com União e municípios	<ul style="list-style-type: none"> . Recebimento de recursos atrelados à matrícula cria incentivos para estados focarem as próprias redes . Além de principais financiadores do Fundeb, governos estaduais permanecem em 2010 com a maior participação no total executado em educação . Com o avanço da municipalização do ensino fundamental, os municípios tendem a assumir o protagonismo na execução de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> . Estados respondem pelo menor percentual de recursos executados com relação aos demais níveis de governo . Há muita heterogeneidade na atuação dos estados, como esperado pela ausência de definição de mínimos constitucionais de aplicação pelos entes
Coordenação	Instrumentos e instâncias de coordenação	Há diversos instrumentos padronizados para a coordenação estadual: CIBs, CGRs, PPI, além da indução aos consórcios públicos	Há diversos instrumentos padronizados para a coordenação estadual: CIBs; planos de providência; planos de apoio; e Censo Suas
	Tipos de ações de coordenação	<ul style="list-style-type: none"> . Capacitação e treinamento . Distribuição de materiais didáticos e avaliação externa . Permuta de burocratas e cessão de prédios públicos . Assessoria técnica e pedagógica . Incentivos financeiros 	<ul style="list-style-type: none"> . Assessoramento técnico aos municípios . Capacitação e treinamento . Vigilância socioassistencial . Incentivos financeiros . Coordenação da regionalização da oferta
	Padrão de atuação	Heterogêneo entre os governos estaduais	Heterogêneo entre os governos estaduais

Elaboração dos autores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na falta de agenda mais estruturada de pesquisa sobre governos estaduais, a proposta deste texto para discussão lança luz sobre a atuação dos estados nas políticas sociais. Diferente de outros estudos, não analisamos as determinantes da atuação estadual, mas o *modus operandi* e seu resultado a partir de análises já realizadas, complementadas por dados secundários, de modo a compreender as responsabilidades que lhes foram atribuídas e em que medida têm conseguido efetivá-las.

Ainda que as políticas de educação, saúde e assistência social, ora analisadas, possuíssem diferentes legados institucionais no período pré-CF/1988, verificamos algumas similaridades de trajetória no período subsequente. Com a promulgação da CF, as três políticas foram regulamentadas no sentido da estruturação de novos sistemas de gestão descentralizados, pautados, no primeiro momento, por processos de municipalização da oferta e construção de políticas nacionais, com mecanismos de cofinanciamento que enfrentaram, em alguma medida, as desigualdades regionais a partir da intervenção da União, com vistas a garantir algum nível de redistributividade.

Em todas as políticas, os estados mantiveram papéis relevantes na provisão de serviços, embora com significativa variação na maneira como os têm de fato assumido. De maneira geral, os estados incumbiram-se do cofinanciamento e foram chamados a responder pelo apoio técnico, com o objetivo de que os municípios pudessem estruturar oferta própria nos serviços básicos. Todavia, no caso da saúde – e, principalmente, da assistência social –, os entes estaduais seguem sem estruturar a contento oferta própria de serviços de maior complexidade, para os quais os menores municípios não possuem demanda nem escala suficiente para adequada provisão local. Não obstante tenham assumido, com graus variados de engajamento, a importante responsabilidade pela coordenação e pelo apoio a processos de regionalização da oferta. Por sua vez, na educação, verifica-se a redução da oferta de matrículas estaduais no ensino fundamental – cuja responsabilidade pela oferta é compartilhada com os municípios –, concomitante à respectiva ampliação da oferta de vagas estaduais no ensino médio (sua área de atuação prioritária).

Os sistemas de políticas públicas foram bem-sucedidos na municipalização das ofertas de serviços básicos nas três políticas, mas não conseguiram incentivar, suficientemente, a atuação dos governos estaduais na promoção da regionalização e da garantia da integralidade de acesso aos serviços de maior complexidade por parte dos cidadãos. Via de regra, tais serviços exigem maior aporte de recursos e articulação com os municípios, de modo a compatibilizar demanda potencial com capacidade de execução, condição necessária para superar os dilemas de ação coletiva associados à prestação desses serviços.

Por razões diversas, decorrentes inclusive de legados de implementação e de prioridades políticas de cada UF, observou-se elevada heterogeneidade na atuação dos governos estaduais, maior nos casos cuja regulação é menos efetiva, como na assistência social, na qual não há mínimos constitucionais de aplicação orçamentária, o que a torna mais dependente das prioridades políticas de cada governo eleito. A função de coordenação estadual da política, em especial, foi a que se mostrou mais heterogênea nas três políticas, inclusive no sentido de captar objetivamente essa atuação, tanto em termos de padronização das atividades realizadas pelo conjunto dos entes estaduais, quanto no tocante à disponibilidade de dados sobre estas. Vale registrar que essa é uma das principais dificuldades para a redução das desigualdades, dadas as vantagens comparativas de redes de políticas públicas e de capacidades estatais preexistentes em cada UF.

A análise empreendida permite-nos retornar as perguntas traçadas no início desta pesquisa. Nas políticas sociais, a CF/1988 reservou aos estados um papel impreciso e residual. O desenvolvimento de sistemas de políticas sociais criou um complexo arranjo institucional – que previu aos estados funções supletivas de execução, financiamento e coordenação –, além de instâncias e instrumentos de coordenação, em tese, muito potentes. A assunção de novos papéis pelos governos estaduais, no entanto, tem sido marcada pela heterogeneidade e, eventualmente, pela descontinuidade. Nesse sentido, argumentamos que, para compreender a atuação de cada UF nas políticas sociais selecionadas, se faz necessário analisar aspectos como as dimensões política e fiscal dos entes subnacionais.

Na ótica fiscal, os estados tiveram os recursos tributários relativamente diminuídos em comparação aos demais entes federados, em particular quando cotejados com os municípios. Assim, ficaram com o desafio de lidar tanto com restrições fiscais impostas ao endividamento

público, quanto com pressões corporativistas, sendo, ainda, deixados de lado após o abandono da lógica desenvolvimentista que orientou as ações federais de maneira quase ininterrupta durante quase sessenta anos (período 1930-1990).

Do ponto de vista político, os estados são entes federados que congregam elites distintas da nacional, podendo ora se alinhar, ora rivalizar com estas. Os papéis de intermediários na execução de políticas públicas possibilita aos governadores, em algumas vezes, assumirem funções claras e relevantes para pleitear o crédito da implementação bem-sucedida (*credit claiming*) e, em outras, omitirem-se para evitar serem responsabilizados pela execução insatisfatória, ou, ainda, “empurrarem” para outros entes a responsabilidade pela sua provisão (*blame avoidance*).

Em breve síntese, consideramos que os arranjos institucionais das políticas sociais analisadas – sujeitas a reparos incrementais e de alinhamento – oferecem condições para o maior protagonismo dos níveis intermediários, tal como se observou em diversos estudos de caso da literatura (Segatto e Abrucio, 2016; Silva, 2020, Machado e Palotti, 2015). As regras atuais não impedem que os estados façam a diferença nos resultados da política, o que, todavia, não quer dizer que estejam conseguindo induzi-los a efetivar as responsabilidades que lhe foram reservadas, de modo que o compromisso e o empenho dos agentes não estão sendo garantidos pelos arranjos. Após a universalização das políticas sociais via municipalização, avanços posteriores na agenda social como a melhoria da qualidade e a garantia da integralidade do acesso aos direitos sociais dependem, irremediavelmente, dos estados. Sem esses atores, será impossível avançar na consolidação do Estado de bem-estar brasileiro preconizado pela CF/1988.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, M.; LICIO, E. Papel da União na coordenação federativa da política de educação básica. In: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.
- ABRANCHES, S. **Presidencialismo de coalização**: raízes e evolução do modelo político brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. Hucitec Editora, 1998.

_____. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.

AFONSO, J. R. R.; LUKIC, R. M.; CASTRO, K. P. ICMS: crise federativa e obsolescência. **Revista Direito GV** [online], v. 14, n. 3, p. 986-1018, 2018.

AFONSO, J. R. R. *et al.* **A renúncia tributária do ICMS no Brasil**. Washington: BID, 2014. Disponível em: <<https://is.gd/YielGK>>.

ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. Á.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ALMEIDA, M. H. T. de. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ARAÚJO, V. Federalismo, centralização e diferenças regionais: o padrão de desigualdade das políticas não reguladas do Brasil pós-1988. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, p. 63-99, 2015.

ARRETCHE, M. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. 1998. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999.

_____. **Democracia, centralização e federalismo no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV; Fiocruz, 2012.

_____. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Org.). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 65-90.

ARRETCHE, M.; SCHLEGEL, R.; FERRARI, D. Preferences regarding the vertical distribution of authority in Brazil: on measurement and determinants. **Publius: The Journal of Federalism**, v. 46, n. 1, p. 77-102, 2015.

AZEVEDO, F. *et al.* **Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova (1932) e dos Educadores (1959)**. Recife: Editora Massangana/Fundaj, 2010.

BARBOSA, E. M. M. **O processo de regulamentação da assistência social: avanços e retrocessos**. Rio de Janeiro: Ipea, ago. 1991. (Texto para Discussão, n. 222).

BARRETO JUNIOR, I. F.; SILVA, Z. P. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 47-56, set. 2004.

BARROS, F. P. C. A municipalização da saúde no Brasil: uma visão crítica. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v. 17, p. 15-24, 2018.

BERENGER, M. M. **Descentralização ou desconcentração**: AIS-SUDS-SUS. 1996. 79f. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: FGV, 1996.

BICHIR, R.; SIMONI JUNIOR, S.; PEREIRA, G. Sistemas nacionais de políticas públicas e seus efeitos na implementação: o caso do Sistema Único de Assistência Social (Suas). **Revista Brasileira de Ciências Sociais** [online], v. 35, n. 10, p. 1-23, 2020. Disponível em: <<https://is.gd/qMOutx>>.

BORGES, A. Eleições presidenciais, federalismo e política social. **Revista Brasileiras de Ciências Sociais** [online], v. 28, n. 81, p. 117-136, 2013.

BOUCKAERT, G.; PETERS, B. G.; VERHOEST, K. **The coordination of public sector organizations**: shifting patterns of public management. London: Palgrave Macmillan, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004. Norma Operacional Básica NOB/Suas**. Brasília: MDS, 2004. Disponível em: <<https://is.gd/nRfdlm>>.

———. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil, 2010-2014. Brasília: Fiocruz/MS, 2018.

BREVILHERI, E. C.; PASTOR, M. A trajetória de construção do Suas: um estudo em pequenos municípios do norte do Paraná. **O Social em Questão**, ano XVII, n. 30, p. 353-372, 2013.

CARVALHO, C. M. S.; AFONSO J. R. R. Coordenação e relações intergovernamentais em federações avançadas: algumas lições para o Brasil. **RJLB – Revista Jurídica Luso-Brasileira**, ano 4, n. 4, p. 1571-1604, 2018.

CASTRO, J. A. Dilemas para o financiamento da educação. *In*: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino. **O Sistema Nacional de Educação**: diversos olhares 80 anos após o manifesto. Brasília: Sase/MEC, 2014.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, p. 345-356, 27 July, 2019. Disponível em: <<https://is.gd/w9yRFE>>.

CENEVIVA, R. O nível de governo importa para a qualidade da política pública? A municipalização da educação fundamental no Brasil. *In: SEMINÁRIO DISCENTE DA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA DA USP*, 2., 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2012.

CORBUCCI, P. *et al.* Vinte anos da Constituição Federal de 1988: avanços e desafios na educação brasileira. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. Vinte anos da Constituição Federal. Brasília, n. 17, v. 2, p.17-81, 2009.

D'ALBUQUERQUE, R.; SATYRO, N. A demanda como determinante na execução dos serviços socio-assistenciais nos municípios brasileiros. **Opinião Pública** [online], v. 26, n. 2, p. 246-282, 2020.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84. *In: SOARES, G. A. D.; D'ARAÚJO, M. C. (Ed.). 21 anos de regime militar: balanços e perspectivas*. Rio de Janeiro: FGV, 1994. p. 271-306.

FALLETI, T. G.; ANGELUCI, A. C. B. Infiltrando o estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 345-368, 2010.

FAVERET, A. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FERNANDES, A. S. A.; ARAÚJO, S. M. V. G. A criação de municípios e a formalização de regiões metropolitanas: os desafios da coordenação federativa. **Urbe – Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 7, n. 3, p. 295-309, 2015.

FRANZESE, C. **Federalismo cooperativo no Brasil**: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. 2010. Tese (Doutorado) – Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2010.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. *In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Org.). Federalismo e políticas públicas no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361-386.

FREY, K. *et al.* Políticas públicas em perspectiva comparada: proposta de um *framework* para a análise de experiências locais. **Revista do Serviço Público**, v. 68, n. 1, p. 9-36, 2017.

GOMES, S. Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. **Revista de Ciências Sociais**, v. 52, n. 3, p. 659- 690, 2009.

GONTIJO, J. G. L. **Relações intergovernamentais, federalismo e políticas públicas**: decisões intergovernamentais verticais no âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. O Comitê de Articulação Federativa no governo Lula: os percalços da cooperação territorial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** [online], v. 33, n. 97, p. 1-22, 2018.

GRIN, E.; SEGATTO, C. I. Qual é a do associativismo territorial em educação: consórcios ou arranjos de desenvolvimento da educação? Uma análise de duas experiências de cooperação intermunicipal no Estado de São Paulo. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 3., 2019, Natal, Rio Grande do Norte. **Anais...** Natal: ANEPCP, 2019. v. 3, p. 1-20.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 1989.

———. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

———. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

———. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IPEA – INSTITUTO DE POLÍTICA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. Brasília, n. 28, 2020.

JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

JACCOUD, L.; COLIN, D. Assistência social e construção do Suas: balanço e perspectivas. *In*: COLIN, D. (Org.). **20 anos da Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013. v. 1, p. 42-65.

JACCOUD, L.; MENESES, A. Coordenação e relações intergovernamentais no SUS: o Pacto pela Saúde e o seu legado. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. Autonomia, integralidade e desafios de coordenação no SUS. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

JACCOUD, L.; BICHR, R.; MESQUITA, A. C. O Suas na proteção social brasileira: transformações recentes e perspectivas. **Novos estudos Cebrap**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 37-53, out. 2017.

JACCOUD, L.; HADJAB, P.; CHAIBUB, J. Assistência social e segurança alimentar: entre novas trajetórias, velhas agendas e recentes desafios – 1988-2008. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise** – Vinte anos da Constituição Federal, Brasília, n. 17, v. 1, p. 175-250, 2010.

JACCOUD, L.; LICIO, E. C.; LEANDRO, J. G. Implementação e coordenação de políticas públicas em âmbito federativo: o caso da Política Nacional de Assistência Social. *In*: XIMENES, D. (Org.). **Implementação de políticas públicas**: questões sistêmicas, federativas e intersetoriais. 1. ed. Brasília: Enap, 2018. v. 1, p. 19-58.

JACCOUD, L.; MENESES, A.; STUCHI, C. Coordenação intergovernamental e comissões intergestores no Suas. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. *In*: VIANA, A. L. Á.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LICIO, E.; PONTES, P. O Sistema Nacional de Educação e suas instâncias de pactuação. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020a.

———. Papel dos governos estaduais no ensino fundamental: coordenação intergovernamental importa? *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020b.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – organização e gestão do sistema de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS, 2013. v. 3, p. 73-141.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. Á. Descentralização, regionalização e instancias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: VIANA, A. L. Á.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LIMA, L. D. *et al.* O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. *In*: UGÁ, M. A. D. *et al.* (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-58.

———. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LUCCHESI, P. T. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 14, dez. 1996.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** [online], v. 30, n. 88, p. 61-82, jun. 2015.

MACIEL, P. J. O processo recente de deterioração das finanças públicas estaduais e as medidas estruturais necessárias. In: SALTO, F.; ALMEIDA, M. (Org.). **Finanças públicas: da contabilidade criativa ao resgate da credibilidade**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2016.

MÄDER, M. P. M. **Arranjos de desenvolvimento da educação: caminhos para implantação e gestão**. Curitiba: Instituto Positivo, 2019. Disponível em: <<https://is.gd/Lit0NE>>.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, abr. 2017.

MENDES, C.; VASCONCELLOS, R.; NASCIMENTO, I. Consórcios públicos: arranjo federativo de desenvolvimento regional. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, n. 19, p. 79-82, jul.-dez. 2018.

MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde e o papel das secretarias estaduais de saúde. **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**, v. 2, p. 101-117, 1992.

MENICUCCI, T. M. G. **A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional**. Santiago de Chile: Cepal, 2014. (Série Políticas Sociais, n. 196).

MENICUCCI, T. M. G.; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, jul./set. 2016.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. Â. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 1, p. 29-40, 2018.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A.; SILVEIRA, G. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 348-366, jun. 2017.

MESQUITA, A. C.; MARTINS, R. F.; CRUZ, T. **Cofinanciamento e responsabilidade federativa na política de assistência social**. Rio de Janeiro: Ipea, mar. 2012. (Texto de Discussão, n. 1724).

MESQUITA, A. C.; PAIVA, A.; JACCOUD, L. Instrumentos financeiros de coordenação no Suas. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

METCALFE, L. International policy co-ordination and public management reform. **International Review of Administrative Sciences**, v. 60, n. 2, p. 271-290, 1994. Disponível em: <<https://is.gd/rJBKmZ>>.

OUPERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, maio 2011.

PAIVA, A. L.; GONZALEZ, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

PAIVA, A. L. *et al.* Avaliação dos impactos dos critérios de distribuição do ICMS da Lei Robin Hood no índice de desenvolvimento humano municipal em Minas Gerais. **Revista Ambiente Contábil**, Natal, v. 6, n. 1, p. 35-63, jan.-jun. 2014.

PERES, U.; SANTOS, F. Orçamento federal: avanços e contradições na redução da desigualdade (1995-2016). *In*: ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (Org.). **As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos PSDB e PT**. São Paulo: Editora Unesp, 2019. 487 p.

REZENDE, F. (Org.). **O federalismo brasileiro em seu labirinto: crise e necessidade de reformas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

REZENDE PINTO, J. M. A divisão de responsabilidades pelo ensino no Brasil e o impacto das mudanças recentes na legislação. **Paidéia** [online], n. 10-11, p. 11-27, 1996. Disponível em: <<https://is.gd/8PyVhk>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SANTOS, L. A. **A direção única em cada esfera de governo**: a melhor hermenêutica. Idisa, 2012. Disponível em: <<https://is.gd/kullyl>>.

SAPORI, L. F. **Segurança pública no Brasil**: desafios e perspectivas. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007. 208 p.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q5F62b>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SEGATTO, C. I. **O papel dos governos estaduais nas políticas municipais de educação**: uma análise dos modelos de cooperação intergovernamental. 2015. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2015.

_____. Policy diffusion in subnational governments: state-local relationships in the Brazilian education policy. **Regional & Federal Studies**, v. 28, n. 1, p. 79-100, 2018.

SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L. A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 65, p. 411-429, abr.-jun. 2016.

SERVO, L. M. S. **O processo de regionalização da saúde no Brasil**: acesso geográfico e eficiência. 2020. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

SILVA, A. L. N. Os estados no Suas: uma análise da capacidade institucional dos governos estaduais na assistência social. **Revista de Administração Pública** [online], v. 49, n. 5, p. 1167-1192, 2015.

_____. **Os estados importam!** Determinantes da cooperação subnacional nas políticas de educação e saúde do Brasil. 2020. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2020.

SILVA, R. H. **Juventude urbana e políticas públicas**: um estudo de caso em Campinas. 2009. 180f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, 2009.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. 2001. 307f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SNYDER, R. Scaling down: the subnational comparative method. **Studies in Comparative International Development**, v. 36, n. 1, p. 93-110, 2001.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. 1. ed. Brasília: Enap, 2018. v. 10, 112p.

SOTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde**: o estudo de caso Pernambuco. 2009. 144f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 24, p. 105-122, 2005.

———. **Federalismo e capacidades estatais**: o papel do estado-membro na política de assistência social. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (Org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea; Enap, 2018.

TAVARES, G. O financiamento da política de assistência social na era Suas. In: MDS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL; UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. (Org.). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS; Unesco, 2009.

TINOCO, G. A sustentabilidade fiscal dos estados brasileiros: análise recente e notas para o futuro. **Revista BNDES**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 50, p. 299-344, dez. 2018.

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2VAtk5P>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

VAZQUEZ, D. A. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 969-1005, 2014.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, A. L. Á. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, A. L. Á.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, jun. 2015.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. B. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516). Disponível em: <<https://is.gd/4iJlOZ>>.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Chefe do Editorial

Reginaldo da Silva Domingos

Assistentes da Chefia

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)

Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Editoração

Aeromilson Trajano de Mesquita

Anderson Silva Reis

Cristiano Ferreira de Araújo

Danielle de Oliveira Ayres

Danilo Leite de Macedo Tavares

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL