

<b>Título do capítulo</b>	<b>CAPÍTULO 7</b> <b>AGENDAS DE REFORMAS E DESCENTRALIZAÇÃO DE</b> <b>POLÍTICAS: UM BALANÇO DAS TRAJETÓRIAS DA SAÚDE</b> <b>E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>
<b>Autor(es)</b>	Renata Bichir
<b>DOI</b>	DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-012-7cap7">http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-012-7cap7</a>

<b>Título do livro</b>	<b>REFORMAS DO ESTADO NO BRASIL TRAJETÓRIAS,</b> <b>INOVAÇÕES E DESAFIOS</b>
<b>Organizadores(as)</b>	Pedro Luiz Costa Cavalcante Mauro Santos Silva
<b>Volume</b>	1
<b>Série</b>	Reformas do Estado
<b>Cidade</b>	Rio de Janeiro
<b>Editora</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
<b>Ano</b>	2020
<b>Edição</b>	1ª
<b>ISBN</b>	978-65-5635-012-7
<b>DOI</b>	DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-012-7">http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-012-7</a>

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

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.

## AGENDAS DE REFORMAS E DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS: UM BALANÇO DAS TRAJETÓRIAS DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL<sup>1</sup>

Renata Bichir<sup>2</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

A produção de políticas públicas é cada vez mais complexa, envolvendo processos de reorganização territorial de competências e responsabilidades, peso crescente de dinâmicas locais e desafios de coordenação, além da incorporação de um conjunto diversificado de atores, para além do “Estado em ação” (Sellers e Lindström, 2007; Kazepov, 2005; 2010; Kazepov e Barberis, 2013). Em particular no campo dos estudos sobre o *welfare state*, essas transformações têm provocado também um amadurecimento teórico e conceitual, dada a percepção de que não há uma relação direta entre forma do Estado e processos de descentralização – há um compartilhamento de poder mesmo em Estados unitários (Sellers e Lindström, 2007; Kazepov e Barberis, 2013), e é possível observar variedades de federalismo (Obinger, Castles e Leibfried, 2005).

Se descentralização é uma das tônicas dessas transformações, esses processos não ocorrem do mesmo modo em todo lugar, sendo importante considerar quais tipos de descentralização estão em jogo (Rodden, 2005), em qual sequência histórica ocorrem (Falleti, 2006) e quais são as variações relevantes de acordo com o setor de política social em questão (Kazepov e Barberis, 2013; Arretche, 2016). Nesse sentido, macrocategorias teóricas têm cedido lugar a conceitos mais refinados, como governança multinível (Sellers e Lindström, 2007; Kazepov e Barberis, 2013; Arretche, 2016; Bruch e White, 2018). Esse conceito procura captar tanto as transformações no “eixo vertical”, ou seja, os modos de distribuição de responsabilidade entre níveis de governo, como no “eixo horizontal”, abarcando o conjunto de atores estatais e não estatais envolvidos nas políticas (Kazepov e Barberis, 2013).

Nos contextos de promoção de “reformas do Estado”, são comuns propostas que visam repensar quais são as funções exclusivas do Estado e quais são aquelas que poderiam ser transferidas para outros atores, da sociedade civil ou mesmo

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-012-7cap7>

2. Professora na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (Each/USP); pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole (CEM); e consultora no âmbito do Programa de Cooperação Cepal/Ipea.

do mercado (Rezende, 2009). No eixo das relações intergovernamentais, não é incomum que essas reformas defendam processos de descentralização, a partir da crença de que os problemas da população deveriam ser, prioritariamente, abordados por políticas públicas desenvolvidas no nível local, supostamente mais “próximo” das demandas dos cidadãos.

E como processos de reorganização no papel do Estado, provocados por diferentes agendas de reformas – do aparelho do Estado e de agendas setoriais –, afetam a coordenação de políticas sociais no Brasil? Essa é a pergunta central deste texto, que visa analisar, comparativamente, os processos de descentralização e de coordenação federativa ocorridos em duas áreas basilares do sistema de proteção social brasileiro, saúde e assistência social. A partir da consideração de efeitos de legados e da análise de certas conjunturas críticas, como a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e as reformas ocorridas a partir dos anos 1990, o texto visa discutir as semelhanças e diferenças nas estratégias de descentralização coordenada desenvolvidas nessas duas áreas, bem como as principais consequências desses arranjos para a redução de desigualdades e a construção de capacidades. Além do efeito de regras e incentivos, procura-se analisar como o jogo foi jogado, considerando o papel dos atores que defenderam essas agendas de transformação, com destaque ao movimento sanitário, no caso da saúde (Menicucci, 2006; Dowbor, 2018), e à comunidade de política da assistência social (Cortes, 2015; Gutierrez, 2015; Margarites, 2019).

E por que analisar as áreas de saúde e assistência social? Essas são duas políticas centrais no arranjo de proteção social brasileiro, dois pilares do tripé da seguridade social – junto com a previdência social – desde a CF/1988. Conforme argumenta Arretche (2018), as transformações ocorridas nas áreas de saúde, educação e previdência social desde a Carta Magna foram essenciais para criar mecanismos de “inclusão dos *outsiders*”, para reverter os pilares conservadores do nosso sistema de proteção social e permitir uma queda nos indicadores de desigualdade. Podemos acrescentar, em linha com a discussão apresentada em Jaccoud, Bichir e Mesquita (2017), que a assistência social é outro pilar essencial de nosso sistema de proteção social, ao qual contribui com serviços universais para públicos vulneráveis e com benefícios monetários focalizados, com destaque para o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).<sup>3</sup> Do ponto de vista da centralidade na agenda, é inegável a disparidade histórica entre as duas áreas – sendo que, no caso da assistência, a luta por muito tempo

---

3. Originalmente, esses dois programas surgem fora do campo estrito da assistência social (o BPC é vinculado ao terreno da previdência social e o PBF é discutido por economistas e especialistas, externos à comunidade de política da assistência, no combate à pobreza), mas vão sendo progressivamente incorporados a essa política, tanto em matéria de discurso quanto de algumas estruturas institucionais (Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017). Ainda que sejam programas de destaque em termos orçamentários, não podem ser compreendidos fora da teia de equipamentos públicos da assistência social – principalmente o PBF, que progressivamente se beneficiou das estruturas do Sistema Único de Assistência Social (Suas) (Bichir, 2016).

foi pelo próprio reconhecimento como campo de responsabilidade estatal, com contornos de política pública.

A análise é desenvolvida a partir da revisão da literatura e de dados documentais, bem como da comparação entre esses dois setores. Do ponto de vista da coexistência de distintas agendas de reformas, paralelas e eventualmente entrecruzadas, argumenta-se que os atuais padrões de governança dessas políticas – tanto no eixo horizontal como no vertical – são muito mais fruto de processos incrementais, eventualmente pontuados e catalisados por algumas conjunturas críticas, que resultado de uma agenda ambiciosa de reforma administrativa, como aquela consubstanciada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Adicionalmente, os resultados indicam que, se na escala macroarranjo institucional há semelhanças notáveis e mesmo intencionais do ponto de vista das estratégias de coordenação federativa, com o Sistema Único de Saúde (SUS) funcionando como inspiração e modelo para o desenvolvimento do Suas, há também diferenças analiticamente relevantes. São elas: *i*) nem todas as estratégias de indução federativa estiveram à disposição dessas duas áreas de políticas, a exemplo da vinculação orçamentária; *ii*) arranjos institucionais similares produzem efeitos diversos, em especial do ponto de vista do envolvimento dos três níveis de governo, com o nível estadual sendo muito mais relevante como eixo de coordenação intermediária na saúde que na assistência social (isso implica que outras dimensões, para além das institucionais, também precisam ser consideradas); e *iii*) os desafios em termos de consolidação dessas políticas como eixos da proteção social brasileira são distintos, especialmente devido à desigual centralidade relativa da saúde e da assistência social na agenda política.

Este texto está estruturado em quatro seções, além desta. A segunda seção apresenta, em linhas gerais, os principais referenciais analíticos deste trabalho, com destaque às interações entre federalismo, descentralização e mecanismos de coordenação. A terceira seção discute os processos de construção institucional do SUS e do Suas, à luz das transformações provocadas pela CF/1988 e pelas reformas que se iniciam nos anos 1990, tanto no contexto da reforma do Estado como das demandas setoriais. A quarta seção sintetiza o debate recente sobre as consequências dos processos de descentralização nessas duas áreas. Por fim, são delineados alguns desafios futuros nesses dois campos.

## **2 FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E INSTRUMENTOS DE COORDENAÇÃO**

Se, por muito tempo, a forma do Estado, federal ou unitário, foi considerada uma dimensão central no debate brasileiro sobre a produção de políticas públicas (Gomes, 2010) e predominaram diagnósticos bastante pessimistas acerca dos efeitos centrífugos do arranjo institucional que se formara a partir da CF/1988 (Abrucio e Samuels, 1997; Melo, 2005) – inclusive do ponto de vista da aprovação de reformas estruturais e setoriais –, já há algumas décadas o debate tem se deslocado

em direção a estudos mais detidos das relações intergovernamentais (Abrucio, 2005; Almeida, 2005; Arretche, 2012), sem que consequências para políticas específicas derivassem diretamente da categoria federalismo. Consolidou-se o entendimento de que há variadas formas de interação entre os governos centrais e subnacionais, em arranjos federativos ou unitários, levando a diferentes graus de autonomia para os governos subnacionais (Gomes, 2009). Ou seja, federalismo não equivale necessariamente à menor capacidade de coordenação do governo central, nem é sinônimo de descentralização.

O conceito de descentralização, por sua vez, é polissêmico. Para além de um fenômeno observável em diferentes contextos nacionais, a descentralização muitas vezes surge como um “valor fundamental” (Roversi-Monaco, 1997), uma “ideia-força” (Almeida, 1995). A descentralização implica um processo de realocação de autoridade, recursos ou atribuições para as esferas subnacionais, considerando-se as relações intergovernamentais desenvolvidas em diferentes setores de política (Roversi-Monaco, 1997). Uma das dimensões comumente analisadas é a descentralização fiscal, que se refere à distribuição de despesas e receitas entre níveis de governo e, mais especificamente, à parcela subnacional nas receitas e nos gastos nacionais (Rodden, 2005; Falleti, 2006). A descentralização política refere-se à distribuição de poder na arena política, apontando se governos regionais e locais são indicados ou eleitos por meio do voto popular (Rodden, 2005; Falleti, 2006). A descentralização administrativa, por seu turno, refere-se à administração de serviços e políticas e ao processo de transferência da provisão e da gestão de serviços aos governos subnacionais. Certos autores vão mencionar, em vez de descentralização administrativa, a categoria descentralização de políticas (Rodden, 2005), referindo-se à autonomia dos governos subnacionais sobre as políticas. A partir dos estudos de Falleti (2006) e Rodden (2005), Arretche (2012) ressalta que é importante distinguir entre a descentralização da autoridade decisória sobre políticas públicas (*policy decision-making*) e a descentralização de competências sobre a provisão de políticas (*policy-making*). Esses diferentes tipos de descentralização não ocorrem necessariamente juntos, ou mesmo numa determinada sequência predefinida (Falleti, 2006; Arretche, 2012). Adicionalmente, as consequências de cada tipo de descentralização são contingentes.

Nos processos de transformação das responsabilidades do Estado sobre políticas sociais, há diferentes consequências de arranjos mais ou menos centralizados: a maior autonomia local permite espaço para inovações e experimentações, mas aumenta-se a desigualdade territorial em termos de provisão de serviços; em contrapartida, a maior centralização decisória tende a garantir modelos de provisão com menor desigualdade entre as unidades subnacionais (Arretche, 2016; Bruch e White, 2018).

No caso brasileiro, conforme aprofundado na próxima seção, os processos de descentralização da saúde e da assistência social são construídos ao longo do tempo, combinando desde mobilizações históricas das respectivas comunidades de políticas – as quais, entretanto, diferem fortemente em termos de coesão interna, capacidade de mobilização de apoio e incidência no debate público – até o aproveitamento de conjunturas críticas e de agendas políticas. Mais do que resultante de grandes projetos de reforma administrativa do aparelho do Estado, como o PDRAE, os instrumentos de coordenação federativa desenvolvidos nas duas áreas derivam de processos incrementais, decisões políticas tomadas em diferentes níveis, além de processos de aprendizagem e emulação. Avanços importantes foram obtidos com a CF/1988, mas foi só a partir de reformas que se iniciam nos anos 1990 que certas estratégias de coordenação federativa e instrumentos de indução federal foram se delineando de modo mais claro.

Tanto na saúde como na assistência social, temos um processo de “descentralização regulada” (Gomes, 2009; Vazquez, 2014; Arretche, 2012), pautada pela construção de diferentes instrumentos que permitem ao Executivo coordenar, em maior ou menor medida, as ações dos governos subnacionais. Vazquez (2014, p. 969) destaca os seguintes tipos de mecanismos de indução:

a vinculação de receitas; a imposição de limites mínimos de gasto; a constituição de fundos específicos para o financiamento da política; as transferências condicionadas à oferta de programas; a definição de padrões nacionais para a execução local destes programas; e a exigência de contrapartidas de recursos municipais.

Entre esses, Vazquez (2014) ressalta a relevância da vinculação orçamentária, dos fundos setoriais e das transferências condicionadas, em linha com outros autores (Gomes, 2009; Arretche, 2012; Licio, 2012).

Na saúde, como veremos, todos esses incentivos estão presentes, alguns constitucionalizados e outros definidos a partir das reformas dos anos 1990. A assistência social, por sua vez, não conta com normas que restrinjam fortemente a liberdade de gastos dos governos subnacionais – não há vinculação de recursos orçamentários com gastos mínimos na área –, mas desde os anos 1990 houve avanços importantes na especificação de competências e responsabilidades, e a partir dos anos 2000 desenvolvem-se mecanismos de indução (Jaccoud, Licio e Leandro, 2018).

Nessas duas áreas de políticas, a descentralização regulada ocorreu por meio da construção de arranjos sistêmicos. Os sistemas nacionais de políticas públicas começam a ser erigidos justamente no contexto das reformas de segunda geração, nos anos 1990, tendo o SUS como caso paradigmático. Sistemas como o SUS e o Suas definem macroparâmetros nacionais para a implementação local de políticas e baseiam-se em repasses de recursos federais condicionados à execução de agendas federais, ao financiamento fundo a fundo, a espaços institucionalizados para a participação social, à negociação federativa e ao controle social (Arretche, 2012;

Franzese e Abrucio, 2013). Segundo Arretche (2012), esse modelo de sistemas contribui para resolver o *trade-off* existente em contextos federalistas entre a autonomia decisória de certos entes subnacionais e a necessidade de uniformização de políticas e serviços. Para além dessas semelhanças estruturais, há diferenças importantes entre essas duas áreas, abordadas na próxima seção.

### **3 LEGADOS E TRANSFORMAÇÕES NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO: REFORMA ADMINISTRATIVA E AS AGENDAS DE REFORMAS NA SAÚDE E NA ASSISTÊNCIA**

No contexto da redemocratização do Brasil, democracia, participação e descentralização eram ideias-força, usadas como bandeiras políticas inclusive dentro de distintas comunidades de políticas públicas (Almeida, 1995; 2005). Começa com a CF/1988 a desconstrução do modelo de “cidadania regulada” (Santos, 1979) herdado de períodos autoritários, de combate a desigualdades históricas e de “inclusão de *outsiders*” (Arretche, 2018). Entretanto, no campo da provisão de serviços sociais, a CF/1988 não definiu com clareza uma hierarquia de competências entre os níveis da Federação, mas sim multiplicou as funções concorrentes entre União, estados e municípios, especialmente na área social (Almeida, 1995; 2005). Somente no âmbito das reformas dos anos 1990 foram determinadas mais claramente as responsabilidades federativas em matéria de política social, balizadas principalmente pelos instrumentos de coordenação definidos pelo governo federal.

Nos anos 1990, coexistiram diferentes projetos de reforma, seja propondo uma ambiciosa transformação do aparelho do Estado, como no caso do PDRAE,<sup>4</sup> seja pensando modificações setoriais e a regulamentação dos princípios constitucionais para as políticas sociais. Se a diretriz de maior autonomia aos governos locais animava tanto o PDRAE quanto as agendas setoriais, outras de suas proposições, como a realocação de funções não exclusivas do Estado para organizações da sociedade civil (OSCs), por meio da promoção do conceito de “público não estatal”, geraram grandes resistências nas comunidades de políticas públicas.

Do ponto de vista das políticas sociais, o objetivo central do PDRAE era consolidar o conceito de setor público não estatal, de modo a desobrigar o Estado da provisão direta de serviços como saúde, educação e cultura, mas mantendo sua atuação com ente regulador dessas áreas consideradas estratégicas para o desenvolvimento

---

4. O plano tinha como um de seus objetivos aprimorar a capacidade de o Estado brasileiro prover políticas públicas, a partir de um diagnóstico de crise do Estado e de um suposto esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado — e, nesse sentido, não são poucas suas críticas à Constituição. Nessa busca pela superação da “administração pública burocrática” em direção à “administração gerencial”, os autores do PDRAE também consideravam a defesa de um Estado mínimo como resposta inadequada e mesmo utópica (Brasil, 1995, p. 15). Contudo, como diversos autores apontam (Sano e Abrucio, 2008; Rezende, 2009), a falta de clareza sobre o que seria essa “administração gerencial” levou à associação entre as proposições do PDRAE e o neoliberalismo em vários campos, inclusive no interior das comunidades de políticas públicas abordadas neste texto.

(Brasil, 1995, p. 17-19). No âmbito das relações intergovernamentais, o PDRAE visava fortalecer o poder de regulação e coordenação do Estado, no nível federal, e também promover a provisão de serviços sociais e de infraestrutura para os níveis estaduais e municipais (*op. cit.*, p. 18). Interessante notar as conexões entre essa proposta e o modelo de “descentralização regulada” observado em diversas políticas sociais coordenadas por sistemas nacionais – coordenação centralizada no nível federal, e provisão e gestão de serviços a cargo dos entes subnacionais, combinando provisão direta e indireta.

Duas dimensões básicas de descentralização eram ressaltadas no PDRAE: de funções entre níveis de governo e do Estado para o setor público não estatal (Brasil, 1995, p. 31). Além de transferir para o nível local o que fosse possível, o plano preconizava a descentralização para o setor público não estatal da execução dos serviços “que não envolvem o exercício do poder de Estado (...). Chamaremos esse processo de ‘publicização’” (*op. cit.*, p. 17). Não havia contradição entre descentralizar para os níveis subnacionais e realocar funções para o público não estatal: em diversas áreas de políticas, caberia aos governos subnacionais gerir e fiscalizar esses contratos no caso de serviços transferidos para entidades de direito privado sem fins lucrativos. O financiamento caberia “ao Estado” – sem clara menção, no PDRAE, à participação relativa de cada nível de governo ou a estratégias de cofinanciamento, um dos pilares centrais das agendas setoriais de reforma –, ao passo que a sociedade também deveria participar exercendo controle social das organizações.

Como bem notam Rezende (2009) e Sano e Abrucio (2008, p. 66-67), foram diversas as fontes de resistência ao PDRAE, inclusive dentro de setores do governo. Além disso, muitos de seus objetivos eram excessivamente ambiciosos, baseados em diagnósticos equivocados e mesmo estilizados do funcionamento do aparelho do Estado. Mesmo não tendo sido implementado na sua integralidade, o PDRAE logrou, direta e indiretamente – por meio de ideias que se cristalizaram em legislações posteriores –, disseminar a ideia de que, em algumas áreas, o Estado pode se abster de prover diretamente os serviços públicos, permanecendo em funções de regulação, regulamentação e fiscalização. Isso ajudou a promover, como veremos, arranjos híbridos de provisão de serviços, combinando provisão estatal direta com a provisão indireta, tanto na saúde – com a atuação de organizações sociais (OS)<sup>5</sup> e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs)<sup>6</sup> – como na assistência social, com a

---

5. Inicialmente regulamentadas pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que criava o Programa Nacional de Publicização, preconizado pelo PDRAE. Como esclarecem Sano e Abrucio (2008, p. 68), “o modelo das organizações sociais foi criado tendo como base a combinação entre a flexibilização da gestão pública e o aumento da *accountability* governamental. Por meio de um contrato de gestão, o Estado repassaria a entes públicos não estatais a provisão de serviços não exclusivos, entidades estas qualificadas como OS. Caberia à máquina estatal a regulação e o financiamento básico desse processo”.

6. Inicialmente regulamentadas pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.

atuação de entidades e OSCs sem fins lucrativos.<sup>7</sup> Como esclarece Mendonça (2018), apesar da relevância dessas amplas regulações, foram legislações setoriais específicas, tanto na saúde como na assistência social, que definiram os modos de organização das parcerias entre Estado e OSCs, em processos incrementais e também sujeitos a efeitos de dependência de trajetória.

Ainda que algumas de suas ideias-força tenham perdurado e gerado desdobramentos – tanto no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002) como nos subsequentes –, é importante considerar que transformações de vulto nas agendas setoriais ocorreram por meio de outras agendas, em particular mobilizadas pelas respectivas comunidades de políticas e mesmo pelas burocracias setoriais da saúde e da assistência social, em processos incrementais. As recomendações do PDRAE em matéria de descentralização ocorreram em meio a um processo histórico que já vinha em curso, produzindo efeitos catalisadores e resistências. Nos termos de Almeida (2005, p. 37), “longe de ser uma política coerente, a descentralização foi um processo longo e espasmódico”.

Segundo Arretche (2004), até a segunda metade dos anos 1990, a distribuição federativa das responsabilidades sobre políticas sociais derivava mais dos legados de cada política que das obrigações definidas pela CF/1988. Nos termos de Almeida (1995, p. 95), as formas e os ritmos da descentralização dependeram dos seguintes fatores: *i*) presença ou ausência de políticas federais deliberadas de descentralização; *ii*) natureza e poder das coalizões reformadoras; e *iii*) características prévias de cada área em termos de estruturas e relações intergovernamentais.

### 3.1 Saúde

A agenda descentralizadora na saúde dispunha de condições favoráveis que, como veremos, não estavam todas disponíveis no caso da assistência social: clara coalizão de atores pró-reforma – movimento sanitarista, colegiados de médicos, burocracia do próprio Executivo federal (Dowbor, 2009; Menicucci, 2006) –, com capacidade de incidência nas arenas decisórias relevantes, mobilização histórica pró-descentralização e universalização da política. Esses atores foram hábeis no aproveitamento de conjunturas críticas, como a CF/1988 e o contexto de regulamentação das leis orgânicas da área da seguridade social, a partir da segunda metade dos anos 1990, para implementar suas agendas, ainda que parcialmente, considerando revezes como o histórico subfinanciamento do SUS e os problemas da falta de integração entre os subsistemas público e privado. Em termos de estratégias de coordenação, destacam-se não só as regras e definições de competências iniciadas em 1988, mas as alterações importantes que só ocorreram depois, como a Emenda Constitucional

---

7. Essas organizações, regulamentadas inicialmente pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) (1993), são um dos pilares centrais de disputa dentro do campo da assistência social, conforme discussão apresentada por Brettas (2016).

(EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, que garantiu a vinculação de recursos estaduais e municipais para o setor, e a definição de programas federais que foram essenciais para a municipalização da provisão dos serviços no nível da atenção básica de saúde (Dowbor, 2009; Vazquez, 2014). Se os princípios da descentralização e da municipalização da atenção básica já estavam contidos na Constituição, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990 foram essenciais no detalhamento desse processo (Franzese e Abrucio, 2013).

O legado a ser transformado não era favorável: modelo baseado no princípio contributivo, com a centralização de decisões e de financiamento em uma agência federal – o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Arretche, 2002; Menicucci, 2006). Como consequência da centralidade da rede privada de prestação de serviços, desigualmente distribuída no território, e da segmentação da provisão, geravam-se grandes desigualdades de acesso aos serviços (Franzese e Abrucio, 2013; Arretche, 2012). A meta, em 1988, era “substituir com o Sistema Único de Saúde o modelo promovido pelo governo militar, que era excludente, centralizado, fragmentado institucionalmente, hospitalocêntrico tendo como principal fornecedor o setor privado da medicina” (Dowbor, 2009, p. 187).

Na saúde, a Constituição é o marco inicial da tentativa de construção de um sistema único, público e universal, com a municipalização da atenção básica. Inovações introduzidas pelos preceitos constitucionais incluem o direito à saúde, além de diretrizes que visavam garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços de saúde (Menicucci, 2006; Arretche, 2012). Algumas autoras, entretanto, ponderam e relativizam o otimismo em relação às transformações empreendidas pela CF/1988, demonstrando que alguns processos de transformação começaram antes – caso das experiências pioneiras de municipalização ainda durante a ditadura militar, devido à mobilização do movimento sanitário (Dowbor, 2009)<sup>8</sup> –, ou então só se consolidaram depois desse período. Menicucci (2006) demonstra que a formulação daquilo que viria a ser conhecido como SUS ocorreu ao longo dos anos 1990, na tentativa de implementação dos preceitos constitucionais. Na mesma linha seguem diversos outros autores (Marques e Arretche, 2003; Franzese e Abrucio, 2013), os quais ressaltam o papel do Executivo federal nesse processo.

O contexto de implementação da reforma sanitária era adverso politicamente, dada a configuração política conservadora do início dos anos 1990, com destaque a Fernando Collor e seus obstáculos à regulamentação das leis orgânicas da seguridade social (Fleury, 2007), bem como a conjuntura de crise fiscal e de crítica à expansão das atribuições do Estado, como aquela contida no próprio PDRAE (Menicucci, 2006). Essa autora menciona, ainda, o problema do sistema de financiamento, centrando

---

8. Segundo Dowbor (2009, p. 186), houve um processo lento e incremental de municipalização desde os anos 1980, mais que uma grande transformação, seja com a CF/1988, seja com as reformas dos anos 1990.

principalmente no repasse de recursos do governo federal para estados e municípios, “calcanhar de Aquiles” que afetou a qualidade dos serviços principalmente nos primeiros anos do SUS. A autora argumenta que a ausência de mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento do SUS representou uma forma de veto implícito e inviabilidade sistêmica ao órgão, problema parcialmente solucionado posteriormente, com as transferências condicionadas por pisos de atenção e adesão a programas nacionais (Vazquez, 2014). Segundo Abrucio (2005), na década de 1990, as normas operacionais básicas (NOBs) surgiram para racionalizar os repasses de recursos para estados e municípios.

A despeito dos problemas, a reforma sanitária foi implementada. Do ponto de vista dos atores relevantes, grande centralidade é dada ao próprio Ministério da Saúde, por meio da definição de portarias e de NOBs, permitindo a construção de um processo de aprendizagem política (NOBs) (Marques e Arretche, 2003; Arretche, 2012). Menicucci (2006) ressalta a relevância da comunidade epistêmica da saúde, mencionando, entretanto, a heterogênea composição do “movimento sanitário”. Dowbor (2009), por sua vez, argumenta que o modo de organização da descentralização, tanto pelo Ministério da Saúde quanto por meio da atuação dos secretários municipais de saúde – pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e também na nona conferência realizada em 1992 –, foi central para o sucesso da municipalização.

A coordenação do processo de municipalização, em particular no nível da atenção básica de saúde, passou ainda pela definição de alguns programas federais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF) (Dowbor, 2009; Vazquez, 2014). A adesão a esses programas envolveu, centralmente, parâmetros nacionais mínimos e transferências federais vinculadas à qualidade da performance local. Como bem sintetiza Vazquez (2014), transferências federais condicionadas para programas específicos e vinculação de receitas dos governos estaduais e municipais, além da definição de um piso de atenção básica fixo, foram instrumentos centrais para garantir o sucesso das reformas na atenção básica de saúde.

Do ponto de vista do ordenamento jurídico-institucional, destacam-se, portanto, as NOBs, as cartilhas de orientações técnicas do Ministério da Saúde e a EC nº 29 (Franzese e Abrucio, 2013; Vazquez, 2014). A saúde foi inovadora na instituição de fóruns de pactuação intergovernamental, com a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT),<sup>9</sup> ainda nos anos 1990 (Franzese e

---

9. Essas são instâncias para a pactuação nacional das principais decisões das políticas de saúde e assistência, e nos dois casos elas são compostas por representantes dos Executivos federal, estaduais e municipais, ainda que haja variações nos tipos de deliberação que ocorrem nesses espaços institucionais (Palotti e Machado, 2014; Jaccoud, Licio e Leandro, 2018).

Abrucio, 2013). Como veremos, essa e outras dimensões do arranjo sistêmico do SUS foram emuladas no caso do Suas.

### 3.2 Assistência social

Assim como na saúde, a CF/1988 é considerada o grande ponto de inflexão na trajetória histórica da assistência social, devido a seu reconhecimento como política pública, no tripé da seguridade, e ao reforço do seu caráter universal (Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017). Tratava-se, entretanto, de superar um legado muito mais desfavorável que o da saúde, contando com uma comunidade mais heterogênea e cindida, e sem grande espaço na agenda pública nacional. A assistência social foi o setor de política social que menos mudou do ponto de vista da redistribuição de competências entre os níveis da Federação, em comparação com as áreas de saúde, habitação e educação, no contexto das primeiras reformas pós-redemocratização (Almeida, 1995). Segundo essa autora, três principais fatores explicam esse relativo fracasso inicial: *i*) inexistência de uma política nacional de reforma no âmbito federal; *ii*) importância do aparato federal de assistência como instrumento de patronagem e negociação política entre a presidência, suas bases no Congresso e os apoios nos estados; e *iii*) fragilidade política da coalizão de apoio às reformas.

A despeito dos avanços normativos representados pela CF/1988 e pela Loas, em 1993, a construção de capacidades e a especificação de competências e responsabilidades ocorrem a partir do governo FHC – ainda que por meio de um modelo centrado nas OSCs, e não por meio de provisão estatal direta – e do governo Lula (2003-2010), com a definição dos pilares do Suas, também via NOB, em 2005, e de políticas nacionais, além do desenvolvimento de mecanismos de incentivo. Nesse caso, a abertura de oportunidades políticas no governo federal foi central, e demorou a ocorrer, quando comparada à saúde. Isso não significa, entretanto, que a mobilização histórica de atores do campo tenha sido irrelevante. Alguns autores ressaltam o sucesso da comunidade da assistência social na conformação do conceito de seguridade social (Margarites, 2019) e na defesa da Loas (Lei nº 8.742 de 1993), aprovada depois do veto inicial de Collor (Gutierrez, 2015; Mendosa, 2012; Jaccoud, Licio e Leandro, 2018). Segundo argumentam Jaccoud, Licio e Leandro (2018), três instrumentos de coordenação foram essenciais nesse caso: as NOBs, os pactos para o aprimoramento das gestões estadual e municipal e as instâncias de pactuação entre níveis de governo (CIB e CIT).

Parte relevante dos desafios na construção de institucionalidades e capacidades deriva do legado do campo. Segundo a Comissão de Apoio à Reestruturação da Assistência Social (Portaria nº 3.764/1986), criada na gestão José Sarney (1985-1990), os principais problemas a serem superados eram: concepção assistencialista; uso clientelista das ações; insuficiência de recursos; fragmentação das ações; superposição de ações nas três instâncias de governo; excessiva centralização financeira e político-administrativa

das políticas e programas; e baixa qualidade do atendimento (Almeida, 1995). As instituições tradicionais da área – Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) – eram marcadas pela ineficiência, pela corrupção e pelo assistencialismo (*op. cit.*). Entre as propostas de reestruturação, o projeto de descentralização político-administrativa ocupava lugar central, por meio da municipalização.

Com a CF/1988, a assistência social começa seu processo de transição para o paradigma dos direitos e para fora do registro da caridade e da benemerência, com o reconhecimento do conceito de seguridade social, conformado pelo tripé saúde, assistência social e previdência social. Conforme demonstra Margarites (2019), desde a Assembleia Nacional Constituinte houve uma aproximação dos campos da política de previdência social e dos campos profissional e acadêmico do serviço social, com posterior inclusão da saúde, em debates cujo objetivo era construir a noção de direito à proteção social e desconstruir a lógica de seguro vigente até então. Algumas das propostas da comissão de reestruturação informaram os preceitos presentes na Carta de 1988: seguridade social como direito indispensável para garantir a cidadania; criação da renda mínima vitalícia para idosos e deficientes; gestão político-administrativa participativa; municipalização da assistência social; e definição das formas e fontes de financiamento (Almeida, 1995). Com a CF/1988, as políticas de assistência social e de combate à pobreza passaram a ser uma atribuição dos municípios, ainda que a superação da pobreza e a diminuição da desigualdade continuassem como atribuições das três esferas de governo. Enquanto as atribuições e competências dos governos federal e estadual permaneceram predominantemente normativas, ao governo municipal coube a execução das ações finais da política, incluindo a prestação de serviços assistenciais e o custeio e a implementação de benefícios eventuais.

Segundo Almeida (1995), porém, não foram definidos de forma clara os mecanismos e as modalidades de cooperação entre as três instâncias. Esse cenário só começou a ser alterado mais profundamente a partir do primeiro governo FHC (1995-1998), e com maior institucionalidade do ponto de vista da construção de um sistema nacional de política a partir do primeiro governo Lula (2003-2006). Um primeiro esforço de descentralização e de ampliação da responsabilidade pública tem início na década de 1990, com NOBs – de 1996 e 1997 – que formalizam repasses de recursos federais para entes subnacionais, via convênios articulados pela Secretaria de Assistência Social e pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS)<sup>10</sup> (Jaccoud, Lício e Leandro, 2018). Nos anos 1990, a descentralização da assistência social já caminhava no sentido da municipalização da provisão dos serviços, mas sem dispor de mecanismos para garantir a coordenação federativa e a uniformidade das ofertas

---

10. Esses convênios eram firmados especialmente com os estados, que repassavam recursos para municípios e entidades (Jaccoud, Lício e Leandro, 2018).

(Jaccoud, Licio e Leandro, 2018). Mesmo em matéria de coordenação federativa, houve poucos avanços nesse período: governos federal e estadual figuravam como repassadores de recursos para municípios, dotados de grande autonomia decisória e de uma teia de relações com organizações não governamentais (ONGs) e entidades filantrópicas prestadoras de serviços (Almeida, 2005).

Do ponto de vista do eixo horizontal da governança, a provisão indireta de serviços, por meio de entidades sem fins lucrativos, era relevante não só no nível local. Na gestão FHC, o Programa Comunidade Solidária (PCS) tinha grande centralidade na agenda, sendo uma das principais estratégias para o enfrentamento da pobreza. Em linha com diretrizes do PDRAE, e diferentemente do projeto preconizado pela parcela da comunidade da assistência social que defendia um modelo de reforço da responsabilidade pública e estatal pela política de assistência (Gutierrez, 2015), o PCS assentava-se em parcerias com OSC, sem conexão com a política de assistência social, reforçando paralelismos (Bichir e Gutierrez, 2019).

Mudanças significativas em termos de construção institucional e regulamentação de relações intergovernamentais ocorreram a partir do governo Lula (2003-2010), com a definição dos pilares centrais do Suas (Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017; Bichir e Gutierrez, 2019). As principais regulamentações da política de assistência social, em termos de especificação das competências e responsabilidades de cada ente federativo, ocorrem com a Loas, em 1993, com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004,<sup>11</sup> com a NOB/Suas, em 2005, e com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109, de 2009.<sup>12</sup> Por sua vez, a chamada Lei do Suas (Lei nº 12.435), de 2011, atualizou a Loas e consolidou os pilares do Suas.

Nos termos de Jaccoud, Licio e Leandro (2018), três dimensões estratégicas de indução federal merecem destaque no caso do Suas: *i*) aumento dos recursos disponíveis para a política de assistência social; *ii*) substituição da lógica dos convênios por repasses regulares e automáticos, entre FNAS e os respectivos fundos estaduais e municipais, gerando efeitos de garantia de continuidade dos serviços e confiabilidade do sistema; e *iii*) transformação na lógica de antigos programas federais para novos serviços socioassistenciais tipificados em âmbito federal, mas providos no âmbito subnacional, especialmente pelos municípios. Argumentam, ainda, que as transferências federais por níveis de proteção (básica, média ou alta complexidade), com pisos e blocos

11. A PNAS estabeleceu parâmetros para a implementação do Suas, definiu os tipos de segurança sob responsabilidade da assistência (acolhida, renda, convivência, autonomia, riscos circunstanciais) e também especificou a organização de equipamentos públicos em todos os municípios como porta de entrada à assistência, separados de acordo com o nível de complexidade do atendimento, instituindo a proteção básica e a proteção especial.

12. A tipificação padroniza os serviços da proteção básica e especial, executados direta ou indiretamente, para, então, serem passíveis de cofinanciamento federal. Isso significa que, eventualmente, podem existir programas assistenciais próprios de estados e municípios, mas sem o enquadramento nos parâmetros nacionais eles não podem receber recursos federais via FNAS (Jaccoud, Licio e Leandro, 2018).

de financiamento, tiveram efeito indutor na ampliação da rede de equipamentos socioassistenciais, e também impacto na alocação dos recursos municipais (Jaccoud, Licio e Leandro, 2018).

De modo sintético, pode-se afirmar que as relações intergovernamentais no âmbito do Suas são atualmente baseadas na seguinte divisão de tarefas: ao governo federal competem a normatização geral da política, o repasse de recursos federais para programas tipificados, a definição dos tipos de serviços socioassistenciais que podem ou não ser cofinanciados via sistema de repasses de recursos fundo a fundo, as macroestratégias de monitoramento e avaliação, bem como o desenho da estratégia de capacitação das burocracias em nível subnacional. Os governos municipais estão responsáveis pela implementação dos serviços tanto no nível da proteção básica quanto da especial, a depender do nível de gestão em que se encontram (Jaccoud, Licio e Leandro, 2018). A descentralização da assistência social teve viés municipalista e os estados possuem papel limitado na oferta direta de serviços. Cabe notar, ainda, que as decisões e os parâmetros nacionais não são definidos autocraticamente pelo governo federal, mas sim pactuados na CIT do Suas, espaço para negociação, barganha e aprendizado entre representantes das gestões federal, estaduais e municipais (Licio, 2012; Jaccoud, Licio e Leandro, 2018).

Do ponto de vista das relações entre atores estatais e não estatais, ressalta-se, conforme discutido em Bichir e Gutierrez (2019), a conformação de uma “rede socioassistencial”, envolvendo provisão direta e indireta de serviços, a cargo de OSCs conveniadas com o poder público para tal fim. Essas relações com OSCs têm sido objeto de disputas ao longo do processo de formulação e implementação do Suas, mas é possível notar que a regulação das OSCs envolvidas na provisão dos serviços aumentou de modo significativo desde a CF/1988, o que tem sido pouco considerado pela literatura nacional (Brettas, 2016; Bichir, Brettas e Canato, 2017). Se, por um lado, houve um intenso investimento na expansão da rede de equipamentos públicos de provisão direta dos serviços – gerando capilaridade e capacidades estatais para a provisão de serviços e benefícios como o PBF (Colin, Pereira e Gonelli, 2013) –, mesmo em governos de esquerda não houve completa reversão da centralidade da provisão de serviços via OSC, mesmo diante de resistências históricas dessa comunidade de política (Stuchi, Paula e Paz, 2012).

O quadro 1 procura sintetizar as principais dimensões do arranjo institucional do SUS e do Suas. Se, do ponto de vista macroestrutural, há muitas semelhanças, há dimensões que escapam ao arranjo sistêmico e/ou que visam ao seu aprimoramento, conforme discutido na próxima seção.

QUADRO 1  
Arranjos de relações intergovernamentais no SUS e no Suas

Arranjo de relações intergovernamentais e dimensões de descentralização	SUS	Suas
Governo federal	Responsável pelas diretrizes nacionais da política e por desenhar estratégias de coordenação.	Responsável pelas diretrizes da política e por desenhar estratégias de coordenação.
Governos estaduais	Papel relevante na provisão de serviços de média e alta complexidade. Atuação na coordenação de redes regionais de serviços.	Funções coordenadoras subdesenvolvidas, com exceções pontuais. Possibilidade de atuação fora do Suas – provisão de programas próprios, operação de “fundos de solidariedade”, além do FNAS.
Governos municipais	Provisão direta e gestão/fiscalização da rede indireta de serviços.	Provisão direta e gestão/fiscalização da rede indireta de serviços.
Financiamento	Baseado em cofinanciamento fundo a fundo. Pisos de transferência de recursos de acordo com níveis de gestão dos entes subnacionais. Transferências condicionadas a indicadores de <i>performance</i> municipal. Há vinculação orçamentária mínima.	Baseado em cofinanciamento fundo a fundo. Pisos de transferência de recursos de acordo com níveis de gestão dos entes subnacionais. Transferências condicionadas a indicadores de <i>performance</i> municipal (Índice de Gestão Descentralizada do Suas – IGDSuas). Não há vinculação orçamentária mínima.
Pactuação federativa	CIT e CIB.	CIT e CIB.
Controle social	Conselho tripartite nos três níveis; funções deliberativas.	Conselho tripartite nos três níveis; funções deliberativas.

Elaboração da autora.

#### 4 EFEITOS DAS REFORMAS: ARRANJOS DE GOVERNANÇA E PRINCIPAIS DEBATES NO CENÁRIO ATUAL

Uma parte importante do debate recente, tanto na saúde (Menicucci e Marques, 2016; Menicucci, Marques e Silveira, 2017) quanto na assistência social (Cavalcante e Ribeiro, 2012; Bichir, Simoni Junior e Pereira, 2020; Sátyro e Cunha, 2014; 2019; Jaccoud, Licio e Leandro, 2018), busca justamente avaliar os efeitos dos arranjos de coordenação federativa delineados nas últimas décadas. Reformas reúnem expectativas de transformação e, mesmo quando se baseiam em instrumentos de indução de comportamento, é importante aferir, empiricamente, se de fato as expectativas se concretizaram.

Do ponto de vista dos efeitos da construção de arranjos e das regras gerais que organizam sistemas de proteção social, Arretche (2018) demonstra a relevância da dimensão de acesso a serviços, como saúde e educação, na queda das desigualdades, para além da dimensão da renda. No caso específico da saúde, as mudanças paradigmáticas ocorridas com a CF/1988 – substituição do modelo de seguro por um sistema único, público e gratuito – garantiram a inclusão de muitos *outsiders*. Na assistência social, não são poucos os trabalhos que vão apontar a importância do Suas, em particular da capilaridade de sua rede de equipamentos públicos de proteção básica, tanto

na cobertura de públicos com diferentes perfis de vulnerabilidade historicamente desassistidos (Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017) como na estruturação da rede capilar de acesso ao PBF, programa que contribuiu para a queda da pobreza e da desigualdade no Brasil (Arretche, 2018; Kerstenetzky, 2017).

Em contrapartida, a literatura recente tem apontado certo esgotamento na aposta do arranjo sistêmico, de *policy decision-making* centralizada em Brasília e *policy-making* a cargo dos entes subnacionais, indicando a necessidade de incorporação de outras estratégias de coordenação e de governança multinível. Em primeiro lugar, autores lembram que não são só as regras que importam, como alertam Menicucci, Marques e Silveira (2017, p. 350, tradução nossa) ao discutir os desafios da regionalização das redes de atenção básica de saúde.

No entanto, se as regras circunscrevem o jogo, elas não eliminam os jogadores. A própria dinâmica das normas institucionais voltadas para a superação das dificuldades da atenção à saúde em territórios que extrapolam os limites político-administrativos dos entes federados é expressão das dificuldades na construção de redes regionais. (...) Mesmo que a União regule e defina incentivos para o alinhamento dos entes federados às diretrizes nacionais, a regionalização é afetada pelo contexto e pelo comportamento dos atores regionais e locais.

Nessa linha de estudo da ação estratégica de atores organizados, alguns estudos têm avançado, por exemplo, na compreensão de quais tipos de atores se posicionam em arenas de pactuação federativa como as CITs, e como eles conseguem especificar e qualificar agendas que, de fato, são de iniciativa do Executivo nas áreas de saúde e assistência social (Palotti e Machado, 2014).<sup>13</sup> Outros têm avançado a partir de estudos mais “clássicos” sobre a institucionalização da participação no Brasil, em particular nas áreas de política social, com destaque aos estudos recentes que articulam a teoria dos movimentos sociais e a análise de políticas públicas para compreender a institucionalização de demandas e a coconstrução de capacidades estatais (Abers, Silva, Tatagiba, 2018; Lavalle *et al.*, 2018).

Em segundo lugar, estudos têm apontado para a importância de decisões subnacionais mesmo em políticas nacionalmente reguladas, como saúde e assistência social, e destacado a relevância de análises que considerem sistematicamente o grau de autonomia decisória para estados e municípios, inclusive nos processos de implementação (Bichir, Brettas e Canato, 2017; Gomes, 2009).

---

13. Indo além das regras de funcionamento dessas arenas, os autores analisam e classificam as deliberações ocorridas nas CITs do SUS, do Suas e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). Seus resultados permitem moderar a argumentação de autores como Lício (2012) e Franzese e Abrucio (2013), os quais derivam da existência dessas arenas elementos para caracterizar o federalismo brasileiro como cooperativo e pouco centralizado. Palotti e Machado (2014) demonstram, em primorosa análise comparativa, que o poder de agenda de fato está nas mãos do governo federal, restando aos representantes dos níveis estadual e municipal o poder de qualificar agendas e eventualmente vetá-las – o que não ocorre sem custos.

Avanços têm sido obtidos na mensuração empírica de certos conceitos centrais – coordenação, descentralização, indução federativa – e de seus efeitos, seja sobre os indicadores de implementação, seja sobre os indicadores de resultados dessas políticas. O grau de institucionalização de cada área afeta essas métricas: se na saúde há estudos buscando relacionar reformas e indicadores de resultados, na assistência social os trabalhos finalmente começam a debater indicadores de implementação, para além da estruturação básica dos pilares do Suas.

Na área da saúde, no eixo horizontal, alguns estudos debruçam-se sobre a evolução dos modelos de regulação das relações entre atores estatais e não estatais desde a reforma do Estado, passando pela legislação sobre OS e OSCIPs, até chegar ao novo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), a exemplo de Mendonça (2018) e Mendonça, Medeiros e Araújo (2019). No terreno das análises empíricas, há diversos estudos de caso e estudos comparativos tentando dar conta da diversidade de modelos de provisão e de experiências locais, seja no nível da atenção básica, seja na atenção de média e alta complexidade. Isso porque os modelos de gestão preconizados pelo PDRAE não se disseminaram de maneira uniforme pelo território, muito pelo contrário. Nessa linha, podemos mencionar o estudo de Sano e Abrucio (2008), que analisa a experiência das OS em São Paulo, um dos primeiros estados a tentar seguir o paradigma da nova gestão pública, por meio de repasse de equipamentos sociais para entidades da sociedade civil. Os autores concluem que, a despeito do relativo sucesso do caso paulista – em especial em termos de eficácia e eficiência dos gastos públicos, além de disponibilidade de recursos humanos –, o modelo não foi amplamente disseminado pelo país.

O modelo das OS no Brasil tem na experiência paulista o seu caso mais bem-sucedido. Em parte, isso se relaciona à precariedade do modelo ou de sua implementação nos outros estados e na União. No caso do governo federal, as OS são menos importantes, porque não foram disseminadas para mais áreas, principalmente as mais estratégicas, como nos setores da educação e da saúde. Nesse sentido, a reforma Bresser não logrou alterar o desenho institucional da administração pública no plano federal, permanecendo distante dos paradigmas que se instalaram recentemente em várias reformas pelo mundo (Sano e Abrucio, 2018, p. 78).

Avançando no entendimento das consequências desse modelo de gestão preconizado pela reforma administrativa, e implementado paradigmaticamente no estado de São Paulo, estudos recentes têm avaliado – por meio de estratégias quali-quantitativas – os impactos da provisão indireta dos serviços sobre os indicadores finais de atenção básica, a exemplo de Coelho e Greve (2016) e Greve e Coelho (2017). As autoras apresentam resultados bastante interessantes: se, por um lado, há grande disseminação dos contratos de gestão com OS, independentemente do perfil ideológico dos governantes, por outro, do ponto de vista dos resultados, os indicadores são inconclusivos, ainda que positivos (em termos de aumento no

número de consultas oferecidas aos usuários do SUS e de redução na internação por causas sensíveis à atenção básica).

Considerando o eixo vertical da governança multinível da saúde, estudos recentes tentam verificar o poder indutor dos instrumentos de coordenação desenvolvidos no caso da saúde, com foco na atenção básica de saúde. Vazquez (2014) contrasta os efeitos das reformas nas políticas de saúde e educação considerando três dimensões de transformação: ampliação da oferta municipal, aumento do gasto *per capita* e dinâmica de distribuição dos recursos disponíveis. Seus resultados demonstram que houve aumento do gasto municipal em saúde com recursos próprios dos municípios, ampliação da cobertura da atenção básica e redução das desigualdades horizontais no financiamento da política. Se os avanços podem ser atribuídos principalmente às transferências fundo a fundo e às vinculadas a programas e *performances*, o autor alerta que esse arranjo não resolveu o problema do subfinanciamento da política, em particular porque não houve adequada correção dos valores que balizam as transferências da União (Vazquez, 2014).

Também analisando o eixo vertical das relações de governança, mas com foco na dimensão regional, Menicucci, Marques e Silveira (2017) observaram que instrumentos de pactuação federativa com mecanismos punitivos apresentaram resultados mais positivos do ponto de vista do cumprimento de metas pelos municípios. Em contrapartida, notaram que desigualdades entre municípios permaneceram significativas mesmo em contexto de pactuação federativa de metas, atribuindo essa variação de desempenho à desigual disponibilidade de recursos financeiros e aos desafios da conformação de redes regionais de provisão de serviços.

Na assistência social, por sua vez, há muitos estudos sobre a própria construção institucional do Suas, já abordada na seção anterior. Autores como Jaccoud, Bichir e Mesquita (2017) vão discutir a relevância e a peculiaridade da assistência social no bojo do sistema de proteção social brasileiro, ressaltando que os tipos de segurança ofertados – serviços universais, benefícios monetários e ações em prol da equidade – assentam-se em ideias e projetos políticos que só ganharam concretude e institucionalidade por meio de capacidades estatais desenvolvidas em certas conjunturas políticas.

Em um campo ainda dominado por estudos de casos, Bichir, Simoni Junior e Pereira (2020) identificam duas “gerações” nos poucos estudos baseados em um grande número de casos preocupados com o desenvolvimento de capacidades estatais na assistência social. A primeira reúne trabalhos que abordam a estruturação da assistência social como política pública e que utilizam nos modelos explicativos indicadores abrangentes de capacidades, como consolidação dos órgãos gestores, estrutura administrativa, legislação e instrumentos de gestão, existência de conselho de assistência social, convênios e parcerias e modos de estruturação de sistemas de

informação, a exemplo de Cavalcante e Ribeiro (2012). Esses autores demonstram uma clara redução das desigualdades entre os municípios, no que concerne à oferta de serviços, e uma diminuição mais discreta dessas diferenças nas capacidades administrativas; identificam, ainda, que os melhores resultados, em termos de provisão de serviços, são observados em regiões que apresentavam os piores indicadores no contexto pré-Suas.

Uma segunda geração de estudos tem analisado mais diretamente as condições que afetam a implementação de serviços socioassistenciais (D’Albuquerque, 2017; Sátyro, Cunha e Campos, 2016; Sátyro e Cunha, 2019). Os indicadores de capacidades utilizados por essas autoras referem-se à existência ou não de uma burocracia weberiana: o perfil e a qualidade das burocracias implementadoras da política, traduzidos como escolaridade, formalização e estabilidade dos vínculos de trabalho da burocracia em D’Albuquerque (2017); e como formalidade dos vínculos empregatícios para Sátyro, Cunha e Campos (2016) e Sátyro e Cunha (2019). Essas autoras encontram uma relação inversa entre a estruturação weberiana das burocracias e a taxa de execução dos recursos federais – considerada como *proxy* da implementação dos serviços –, argumentando que a demanda potencial pelos serviços determina mais a implementação que a qualidade das burocracias municipais.

Utilizando outro indicador de implementação – uma desagregação do Índice de Desenvolvimento do Centro de Referência de Assistência Social (IDCRAS)<sup>14</sup> em dimensões de ofertas e dimensões de capacidades –, Bichir, Simoni Junior e Pereira (2020) observam que os mecanismos de indução desenvolvidos pelo Suas produziram resultados positivos tanto do ponto de vista do aumento no nível de implementação de serviços socioassistenciais básicos como na redução das desigualdades territoriais de provisão. Em contrapartida, indicam que a baixa associação entre indicadores de implementação e *proxies* de capacidades estatais no nível subnacional demanda a incorporação de outros tipos de variáveis explicativas.

Considerando o eixo horizontal da governança da assistência, também é possível observar estudos recentes que abordam tanto as tensões e os dilemas na relação entre atores estatais e não estatais (Brettas, 2016) quanto na conformação de arranjos de governança no nível municipal (Bichir, Brettas e Canato, 2017). Mas ainda predominam os estudos de caso e uma visão bastante negativa do papel dessas organizações.

---

14. A análise empírica utiliza o censo Suas, o principal instrumento de monitoramento anual da gestão do sistema e da rede socioassistencial. O censo tem como objetivo produzir informações sobre estruturas física e de gestão, recursos humanos e oferta de serviços e benefícios implementados no âmbito municipal por meio de diferentes equipamentos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS FUTUROS

A CF/1988 é vista como um ponto de inflexão tanto no caso da saúde como da assistência social, em particular diante das tentativas de transformação dos modelos excludentes, centralizados e fragmentados herdados do regime militar (Draibe, 1993; Almeida, 1995; Dowbor, 2009). Porém, como vimos, ela não é suficiente para explicar as dinâmicas das relações intergovernamentais na saúde e na assistência, sendo importante considerar reformas subsequentes – na saúde, a partir dos anos 1990, e na assistência social, com força, a partir dos anos 2000. Apesar da diretriz pró-descentralização contida na Constituição, diversas competências continuaram compartilhadas entre níveis de governo, havendo mais descentralização fiscal – especialmente por meio de recursos direcionados aos municípios, que passaram a ser os principais responsáveis pela *gestão e implementação* de uma série de serviços sociais básicos – do que clareza da divisão de competências e responsabilidades entre os níveis da Federação (Almeida, 2005; Arretche, 2009; Franzese e Abrucio, 2013).

Como vimos, a pressão pela descentralização nessas duas áreas de políticas públicas não pode ser explicada somente pela agenda do PDRAE. Há antecedentes importantes que remontam ao período da redemocratização do país, incluindo a mobilização de atores sociais coletivos, como o movimento sanitário, no caso da saúde (Silva, 2012; Dowbor, 2009), e de diversos atores no campo da assistência social (Gutierrez, 2015; Mendosa, 2012; Margarites, 2019). Adicionalmente, mais do que reflexo desse ambicioso plano de transformação do aparelho do Estado, os modos de construção da descentralização na saúde e na assistência social derivaram de processos incrementais, cujos resultados dependeram da organização dos atores relevantes em cada campo e também da abertura para essas agendas setoriais no Executivo federal. Se, em termos macro, há similaridades entre o SUS e o Suas, nem todos os instrumentos de indução federal estiveram disponíveis para a assistência, e seu lugar nas agendas políticas, em particular nas agendas subnacionais, sempre foi relativamente secundário, com poucas exceções. Nesse sentido, além de dimensões institucionais e do *policy decision-making* concentrado em nível federal, devem ser consideradas outras categoriais analíticas, a exemplo do comportamento estratégico de atores como as comunidades de políticas públicas e da relevância dessas áreas de políticas públicas nas agendas políticas, inclusive subnacionais.

Do ponto de vista das consequências dos arranjos que foram criados, a literatura recente demonstra sua relevância na conformação de um sistema de proteção social mais inclusivo em relação a nosso passado de cidadania regulada. Houve avanços do ponto de vista de “inclusão de *outsiders*”, ou seja, daqueles que não tinham acesso a serviços sociais básicos, como saúde (Arretche, 2018), e da redução das desigualdades entre as Unidades da Federação (UFs) e a geração de capacidade de provisão de serviços em todo o território nacional. Isso não significa, certamente, que todos os desafios foram superados: problemas históricos

de subfinanciamento persistem, o envolvimento dos níveis de governo é variável e mesmo oscilante – com destaque à baixa participação dos estados na coordenação de redes regionais, em particular no caso da assistência social –, e desigualdades entre unidades territoriais são relevantes, seja em termos de capacidade de provisão de serviços, seja em termos de resultados.

Na saúde, observamos os desafios da implementação de um projeto histórico de descentralização. Logrou-se implementar um sistema híbrido, com problemas históricos de subfinanciamento, mas ainda assim com uma cobertura invejável e programas que são referência internacional (Dowbor, 2009; Menicucci, 2006; Arretche, 2018). Com a Constituição, iniciou-se a construção do SUS. Nos anos 1990, importantes avanços político-institucionais se consolidaram: *i)* aprimoramento do arcabouço institucional e decisório do SUS; *ii)* descentralização e fortalecimento dos sistemas municipais de saúde; *iii)* expansão de ações e serviços no território nacional; *iv)* reorganização do modelo de atenção com ênfase na atenção primária; e *v)* definição de novas e estáveis fontes de financiamento (Menicucci, 2019, p. 211). Nos anos 2000, já nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), houve continuidade e expansão de ações, em termos de aprimoramento de gestão, de recursos humanos e financeiros, estratégias de monitoramento e avaliação, além de aprimoramento das relações intergovernamentais, por meio de metas e compromissos pactuados entre os entes federados (Menicucci, 2019). A partir do governo Michel Temer, novos desafios se impuseram do ponto de vista do financiamento da política, devido ao novo regime fiscal instaurado. No contexto do atual governo, propostas de desvinculação orçamentária e de transformações profundas nos mecanismos de pactuação federativa também impõem desafios significativos.

A assistência social, por sua vez, parte de um legado desfavorável de fragmentação de ações e desresponsabilização estatal, e paulatinamente foi ganhando escopo, relevância na agenda política e institucionalidade como política pública, em particular na agenda nacional. Algumas das dinâmicas iniciadas a partir dos anos 1990, e reforçadas nos anos 2000, são convergentes com as tendências de reforma do Estado em diferentes países:

- diversificação de atores envolvidos na provisão dos serviços;
- reforço do papel do Estado na regulação dos serviços;
- predomínio do princípio da subsidiariedade, com a descentralização da provisão dos serviços para o nível local; e
- papel crescente de benefícios focalizados nos mais pobres, como o PBF e o BPC.

Em contrapartida, no caso brasileiro, observamos também tendências pouco usuais em outros países, e mesmo nos processos de reforma do Estado que afetaram

outras políticas sociais brasileiras. Na assistência social, são reforçadas as ações estatais na provisão direta dos serviços, expande-se uma rede de equipamentos públicos pelo território nacional e são reforçados e regulamentados diferentes tipos de serviços socioassistenciais a famílias sujeitas a diferentes tipos de vulnerabilidades, e não só aos extremamente pobres.

Na atual conjuntura de crise, é interessante notar como essas duas áreas assumem centralidade na agenda, e o quanto a possibilidade de resposta tempestiva aos desafios depende não só de decisões políticas de redirecionamento das ações estatais para proteger a vida e a renda dos mais vulneráveis, mas também de estruturas, capacidades e instrumentos de políticas que foram sendo construídos – e, eventualmente, desconstruídos – ao longo das últimas décadas.

## REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; SILVA, M. K.; TATAGIBA, L. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. **Lua Nova**, n. 105, p. 15-46, set./dez. 2018.

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

ABRUCIO, L. F.; SAMUELS, D. A nova política dos governadores. **Lua Nova**, n. 40-41, p. 137-166, 1997.

ALMEIDA, M. H. T. de. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 10, n. 28, p. 88-108, jun. 1995.

\_\_\_\_\_. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

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

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

\_\_\_\_\_. Federalism, social policy, and reductions in territorial inequality in contemporary Brazil. *In*: SCHNEIDER, B. R. (Ed.). **New order and progress: development and democracy in Brazil**. New York: Oxford University Press, 2016. p. 162-186.

\_\_\_\_\_. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos *outsiders*. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, n. 96, 2018.

BICHIR, R. M. Novas agendas, novos desafios: reflexões sobre as relações entre transferência de renda e assistência social no Brasil. **Novos Estudos Cebrap**, v. 35, n. 1, p. 111-136, 2016.

BICHIR, R. M.; BRETTAS, G. H.; CANATO, P. Multi-level governance in federal contexts: the social assistance policy in the city of São Paulo. **Brazilian Political Science Review**, v. 11, n. 2, 2017.

BICHIR, R. M.; GUTIERRES, K. Sistema Único de Assistência Social: ideias, capacidades e institucionalidades. In: ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. de (Org.). **As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT**. São Paulo: Editora Unesp, 2019.

BICHIR, R. M.; 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**, v. 32, n. 102, 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Mare, 1995.

BRETTAS, G. H. **O papel das organizações da sociedade civil na política pública de assistência social no Brasil: dilemas e tensões na provisão de serviços**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

BRUCH, S. K.; WHITE, K. K. Politics, state discretion, and retrenchment in safety net provision: evidence from the U.S. in the post-welfare reform era. **Cambridge Journal of Regions, Economy, and Society**, v. 11, n. 3, p. 459-483, 2018.

CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 6, p. 1459-1477, 2012.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As organizações sociais de saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016.

COLIN, D.; PEREIRA, J.; GONELLI, V. Trajetória de construção da gestão integrada do Sistema Único de Assistência Social, do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família para a consolidação do modelo brasileiro de proteção social. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

CORTES, S. V. *Policy community* defensora de direitos e a transformação do Conselho Nacional de Assistência Social. **Sociologias**, v. 17, n. 38, p. 122-154, 2015.

D'ALBUQUERQUE, R. W. **A demanda por serviços socioassistenciais e a burocracia da assistência social dos municípios brasileiros**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, n. 78, p. 185-222, 2009.

\_\_\_\_\_. Escapando das incertezas do jogo eleitoral: construção de encaixes e domínio de agência do movimento municipalista de saúde. *In: LAVALLE, A. G. et al. (Org.). Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.

DRAIBE, S. M. O *welfare state* no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa NEPP**, n. 8, p. 1-52, 1993.

FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, n. 16, p. 46-85, jul./dez. 2006.

FLEURY, S. Dilemas da coesão social. **Nueva Sociedad**, Buenos Aires, especial em português, p. 4-23, out. 2007.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, L. F. 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. de (Org.). Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

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

\_\_\_\_\_. The multi-faceted debate on decentralization and collective welfare. **Brazilian Political Science Review**, v. 4, n. 2, 2010.

GREVE, J.; COELHO, V. S. R. P. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 7, p. 923-933, 2017.

GUTIERRES, K. A. **Projetos políticos, trajetórias e estratégias: a política de assistência social entre o partido e o Estado**. 2015. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 2015.

JACCOUD, L. B.; BICHIR, R. M.; MESQUITA, A. C. O SUAS na proteção social brasileira: transformações recentes e perspectivas. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 36, n. 2, p. 36-53, 2017.

JACCOUD, L. B.; 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. de A. (Org.). Implementação de políticas públicas: questões sistêmicas, federativas e intersetoriais*. Brasília: Enap, 2018.

KAZEPOV, Y. Cities of Europe: changing contexts, local arrangements, and the challenge to social cohesion. *In: \_\_\_\_\_*. (Ed.). **Cities of Europe: changing contexts, local arrangements, and the challenge to urban cohesion**. New Jersey: Blackwell Publishing, 2005.

\_\_\_\_\_. (Ed.). **Rescaling social policies: towards multilevel governance in Europe**. Farnham: Ashgate, 2010. p. 35-72.

KAZEPOV, Y.; BARBERIS, E. Social assistance governance in Europe: towards a multilevel perspective. *In: MARX, I.; NELSON, K.* (Ed). **Minimum income protection in flux**. New York: Palgrave Macmillan, 2013.

KERSTENETZKY, C. L. Foi um pássaro, foi um avião? Redistribuição no Brasil no século XXI. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 36, n. 2, p. 15-34, 2017.

LAVALLE, A. G. *et al.* (Org.). **Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.

LICIO, E. C. **Para além da recentralização: os caminhos da coordenação federativa do Programa Bolsa Família (2003-2010)**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MARGARITES, G. C. **A constituição da assistência social como um campo de ação estratégica no estado brasileiro**. 2019. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. **Caderno CRH**, v. 16, n. 39, p. 55-81, jul./dez. 2003.

MELO, M. A. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social. **Dados**, v. 48, n. 4, p. 845-889, 2005.

MENDONÇA, P. M. E. de. Paradigms of public management and the historical evolution of state – CSO partnerships: a comparison of AIDS, social assistance, and cultural policy. *In: SAVIGNON, A. B. et al.* (Ed.). **Cross-sectoral relations in the delivery of public services**. Bingley: Emerald, 2018.

MENDONÇA, P. M. E. de; MEDEIROS, A. K. de; ARAÚJO, E. T. de. Models for government-nonprofits partnerships: a comparative analysis of policies for AIDS, social assistance and culture in Brazil. **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 5, p. 802-820, set./dez. 2019.

MENDOSA, D. **Gênese da política de assistência social no governo Lula**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. de F. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. de F.; SILVEIRA, G. A. The performance of the cities in the Health Pact in the scope of the federative relations of the Brazilian National Health System (SUS). **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 348-366, 2017.

OBINGER, H.; CASTLES, F. G.; LEIBFRIED, S. Introduction: federalism and the welfare state. *In: \_\_\_\_\_*. (Ed.). **Federalism and the welfare state: new world and European experiences**. New York: Cambridge University Press, 2005.

PALOTTI, P. L. de M.; MACHADO, J. A. Coordenação federativa e a “armadilha da decisão conjunta”: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. **Dados**, v. 57, n. 2, p. 399-441, 2014.

REZENDE, F. da C. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática Brasileira. **Sociologias**, n. 21, jan./jun. 2009.

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 9-27, jun. 2005.

ROVERSI-MONACO, F. Descentralização e centralização. *In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de política*. 10. ed. Brasília: Editora UnB, 1997. v. 1.

SANO, H; ABRUCIO, F. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n. 3, jul./set. 2008.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SÁTYRO, N. G. D.; CUNHA, E. S. M. The path of Brazilian social assistance policy post-1988: the significance of institutions and ideas. **Brazilian Political Science Review**, v. 8, n. 1, p. 80-108, 2014.

\_\_\_\_\_. Jogando luzes sobre os determinantes burocráticos e de gestão da política de assistência social. **Opinião Pública**, v. 25, n. 2, p. 401-432, maio/ago. 2019.

SÁTYRO, N. G. D.; CUNHA, E. S. M.; CAMPOS, J. Análise espacial da burocracia da assistência social nos municípios brasileiros: notas para uma reflexão sobre a capacidade de implementação dessa política. **Opinião Pública**, v. 22, n. 2, p. 286-317, 2016.

SELLERS, J. M.; LINDSTRÖM, A. Decentralization, local government, and the welfare state. **Governance**, v. 20, n. 4, p. 609-632, 2007.

SILVA, M. W. D. da. **A arte da institucionalização**: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006). 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-06032013-111003/pt-br.php>>.

STUCHI, C. G.; PAULA, R. F. dos S.; PAZ, R. D. O. da (Org.). **Assistência social e filantropia**: cenários contemporâneos. São Paulo: Veras, 2012.

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

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BICHIR, R. M. **Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais**: o caso do Programa Bolsa Família. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

DINIZ, E. O pós-consenso de Washington: globalização, Estado e governabilidade reexaminados. *In*: \_\_\_\_\_. (Org.). **Globalização, Estado e desenvolvimento**: dilemas do Brasil no novo milênio. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 30, p. 139-166, 1996.

