

GOVERNOS ESTADUAIS NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: SAINDO DE CENA?^{1,2}

Elaine Cristina Licio³

Pedro Palotti⁴

Aerica de Figueiredo Pereira Meneses⁵

Pedro Arthur de Miranda Marques Pontes⁶

1 INTRODUÇÃO

Este artigo aborda o papel dos governos estaduais como executores de serviços de educação, saúde e assistência social, políticas que garantem direitos sociais básicos. De abrangência universal, a garantia desses direitos implicou a construção de uma estrutura territorialmente capilarizada e conectada com políticas nacionais para assegurar uniformidade na sua oferta, em um contexto de diversidade regional e local.

Embora tenham ocupado papel de destaque na provisão das políticas sociais em boa parte do século XX, os estados, nas últimas décadas, vêm gradualmente cedendo terreno aos governos locais, que têm sido, em grande medida, os principais responsáveis pela sua universalização. Esse movimento decorreu do arranjo definido pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que, além de conferir *status* de ente federativo aos municípios, apostou na descentralização e em competências compartilhadas como estratégias de universalização da oferta.

Apesar desse quadro, argumentamos que, ao contrário da expectativa inicial de um amplo processo de municipalização após a CF/1988, não houve uma completa “saída de cena” dos governos estaduais na execução das ofertas. Antes, houve uma modificação de papel e ênfase. Inclusive, no caso dos serviços de maior complexidade, cuja competência pela oferta é compartilhada com os municípios, essa dinâmica tem resultado heterogêneo, sofrendo maior influência de aspectos como demanda local, capacidades instaladas e trajetória de municipalização.

Os estudos sobre a nacionalização das políticas universais sob indução federal têm, em geral, focado na municipalização e em como esse processo ampliou a relevância do ente local na Federação brasileira (Vazquez, 2014; Machado e Palotti, 2015). Nosso trabalho lança luz sobre um aspecto menos explorado, que diz respeito aos papéis assumidos pelos governos estaduais nesse contexto de descentralização e maior autonomia dos entes municipais.

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bapi30art2>

2. Este artigo sintetiza e aprofunda parte do debate sobre a atuação dos governos estaduais abordado no texto *O Que Fazem (ou Deveriam Fazer) os Governos Estaduais na Gestão das Políticas Sociais* (Licio et al., 2021).

3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail*: <elaine.licio@ipea.gov.br>.

4. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. *E-mail*: <pedro.palotti@ipea.gov.br>.

5. Psicóloga; e doutoranda em ciências da saúde na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP). *E-mail*: <aericafpm@gmail.com>.

6. Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) do Ipea. *E-mail*: <pedrarthum@gmail.com>.

O objetivo deste artigo é compreender o novo perfil de execução estadual dos serviços nas políticas de educação, saúde e assistência social, assim como a trajetória e a magnitude dessas ofertas para cada uma dessas políticas. Nesse sentido, buscamos responder às seguintes questões de pesquisa.

- 1) Qual a natureza das ofertas (nível de complexidade) a cargo dos governos estaduais, assim como o respectivo grau de autonomia para conduzi-las (conjunta, prioritária ou privativa), definidos no arranjo instituído pós-CF/1988 para a gestão da saúde, educação e assistência social?
- 2) Em que medida os governos estaduais têm de fato assumido os papéis que lhes foram reservados na execução destes serviços, nos casos em que dividem essa responsabilidade com os municípios?

Valendo-se de perspectiva comparada para responder a essas perguntas, nos baseamos em análise documental (regulamentos), consulta à literatura especializada e sistemas de monitoramento das políticas de educação, saúde e assistência social para obtenção de indicadores de resultados.⁷

O artigo se divide em três seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção apresentamos, para cada política, as competências reservadas aos governos estaduais para a provisão dos serviços e principais resultados da sua efetiva entrega nos casos em que a responsabilidade é compartilhada com os municípios. Nas considerações finais sintetizamos os principais achados e sinalizamos possibilidades de aprofundamento da pesquisa.

2 PROVISÃO DE SERVIÇOS PELOS GOVERNOS ESTADUAIS: O QUE LHES COUBE E O QUE DE FATO VÊM PROVENDO DEPOIS DA CF/1988?

O espírito descentralizador da CF/1988 resultou na atribuição de um grande conjunto de competências comuns aos três níveis de governo, beneficiando a execução local e reservando responsabilidades residuais aos estados na gestão das políticas sociais. Foi nesse contexto que, nos anos seguintes à sua promulgação, o governo federal privilegiou a relação com os municípios como estratégia de nacionalização de políticas sociais universais.

Diversos fatores contribuíram para o menor envolvimento estadual nesse processo, a respeito do qual Rezende (2013, p. 15) destaca cinco limitações político-institucionais e fiscais, a saber: i) tributária, com a queda de cerca de 10 pontos percentuais (p.p.) da receita disponível aos estados entre 1960 e 2017; ii) orçamentária, que compreende limitações de gastos impostas pela União, obrigações de gastos mínimos e vinculações nas transferências federais; iii) legislativa, com o papel diminuto dos legislativos estaduais; iv) regulatória, com proeminência do papel exercido pela União; e v) política, 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.

Depois do vácuo normativo subsequente à publicação do texto constitucional, o desenho de uma estrutura compartilhada entre os três entes, que designou funções mais específicas aos estados, só passou a se delinear a partir das suas respectivas leis orgânicas.⁸

7. Na política de educação utilizamos as bases de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Na saúde, utilizamos o banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Ministério da Saúde (MS); e na política de assistência social, os dados do censo do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Em virtude de irregularidade na apuração de algumas variáveis, as séries históricas apresentadas divergem nas três políticas.

8. Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), disponível em: <<https://bit.ly/3wVViqn>>; Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) (Lei nº 8.742, de 7 de setembro de 1993), disponível em: <<https://bit.ly/3wVWOJp>>; e Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), disponível em: <<https://bit.ly/3rnVy0c>>.

De maneira geral, os estados permaneceram com poucas responsabilidades privativas ou prioritárias nas políticas de educação, saúde e assistência social. Boa parte das competências estaduais é compartilhada com os demais níveis de governo, o que faz com que, no caso da ausência de oferta municipal, caiba ao ente estadual atuar para composição dessa oferta. Tal característica confere ao estado maior autonomia e discricionariedade para atuar na gestão da política, podendo desenvolver uma gama de ações que vão desde a provisão direta de serviços – mediante rede própria ou conveniada de prestadores – até cofinanciamento – a partir de alocação de receitas próprias ou decorrentes da redistribuição tributária – e coordenação da política no seu território – com ações de monitoramento, avaliação, capacitação, pactuação de estratégias e resultados que podem ou não envolver incentivos financeiros para atuação municipal (Licio *et al.*, 2021).

Embora as funções estaduais sejam comuns às três políticas analisadas, veremos mais adiante que, em cada uma delas, o governo estadual partiu de um legado diferente de responsabilidades e assumiu um perfil peculiar de competências comuns ou prioritárias ao longo do processo de construção de seus novos papéis no pós-CF. Nesta seção analisamos sua atuação nas áreas de competências comuns aos municípios.

2.1 Educação

Até a redemocratização, a educação básica estava sob a responsabilidade dos governos estaduais, cabendo à União atuar em caráter supletivo (art. 169 da CF/1967). Ao definir as responsabilidades dos entes municipais, o texto original da CF/1988 deixou vago o escopo da sua atuação. Foi somente com a Emenda Constitucional (EC) nº 14/1996 (art. 211, § 3º), detalhada pela LDB (Lei nº 9.394/1996), que lhes foi atribuída a responsabilidade prioritária pelo ensino médio e, de maneira compartilhada com os municípios, pelo nível fundamental.

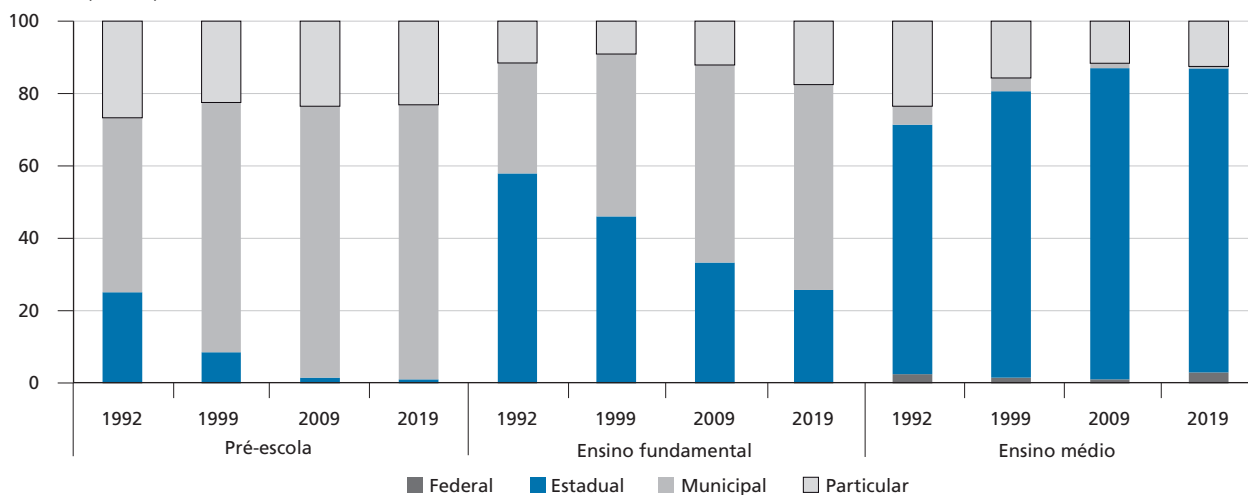
A partir desse arranjo, coube a cada nível de governo atender às etapas da educação básica colocadas como prioritárias, mediante colaboração com os demais. Para tanto os entes federativos contam com recursos próprios, decorrentes de vinculação mínima de receitas de 25%, no caso dos estados e municípios (art. 212, CF). Também foram instituídos modelos de coordenação financeira que redistribuíram os recursos estaduais e municipais – agregados de suplementação por parte da União – em função da quantidade de matrículas oferecidas. Estes mecanismos – inicialmente Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), em 1996, e depois Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), em 2006 – visaram mitigar eventuais disparidades de gasto por aluno entre redes que ofereçam o mesmo nível de ensino no mesmo território.

A lacuna constitucional na definição do papel dos estados predominou até o advento da nova LDB (Lei nº 9.394/1996), período que coincidiu com o ajuste fiscal pelo qual passaram os governos estaduais. Tais mudanças delinearão três principais papéis para o nível intermediário de governo na educação básica: i) provisão direta do ensino médio e, subsidiariamente aos municípios, do ensino fundamental; ii) financiamento, com a obrigatoriedade de dispêndio mínimo; e iii) coordenação e estabelecimento de formas de colaboração com os municípios do território.

O gráfico 1 mostra a atuação dos estados como provedores da educação básica (exceto creches). Nos primeiros anos após a CF/1988, estes entes respondiam por parte importante das matrículas do ensino fundamental (57,8%) e médio (68,9%) em 1992. Para além da ampliação da oferta estadual

no ensino médio – sua área de competência prioritária – e respectiva redução na pré-escola – cuja oferta é de responsabilidade prioritária municipal –, o que se observa desde então é sua substituição gradativa pelos municípios como principais provedores de matrículas no ensino fundamental, segmento que, devido à faixa etária abrangida (6 a 15 anos), corresponde à maior parte das matrículas do ensino obrigatório.⁹

GRÁFICO 1
Distribuição de matrículas da educação básica (exceto creches), por dependência administrativa (1992-2019)
(Em %)



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

A ampla municipalização por que passou o ensino fundamental – impulsionada por incentivos financeiros e outros fatores contextuais (Gomes, 2009; Abrucio, 2010; Vazquez, 2014) – fez com que os estados reduzissem sua participação a apenas 25,7% das matrículas em 2019 (gráfico 1). Contudo, o olhar desagregado sobre a distribuição de matrículas entre ambos os segmentos do ensino fundamental evidencia que a municipalização avançou amplamente nos anos iniciais, para os quais o estado respondeu por apenas 13,1% das matrículas, enquanto nos anos finais respondeu por percentual próximo (41,6%) das matrículas municipais (42,9%) (Inep, 2020).

Assim, pode-se afirmar que os estados são tão ou mais importantes que os municípios na provisão das matrículas dos anos finais do ensino fundamental. Mais importantes porque, além da provisão de quase metade das matrículas da rede pública, também respondem pela coordenação das redes estadual e municipais de escolas no seu território, de modo a garantir o padrão de qualidade da oferta. Esse achado não surpreende, considerando que similaridades na estruturação didática dos anos finais e do ensino médio¹⁰ tornam, a princípio, mais racional que os estados se responsabilizem por ambos os segmentos da educação básica.

9. O ensino obrigatório no Brasil é assegurado dos 4 aos 17 anos (art. 208, I, CF).

10. No segundo segmento do ensino fundamental e no ensino médio as aulas são estruturadas em disciplinas, de modo que a necessidade de contratação de professores especializados pode ser semelhante em ambas as etapas.

2.2 Saúde

Até o final da década de 1980, a saúde pública no Brasil era marcada pela dualidade institucional, com um sistema fragmentado e desigual, cabendo aos estados atuar na execução direta de serviços para aqueles não assegurados pela previdência social (Lucchese, 1996).

A institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), na CF/1988, buscou romper com esse modelo excludente e garantir acesso igualitário à saúde (Jaccoud e Meneses, 2020). A LOS – Lei nº 8.080/1990 – foi o primeiro marco normativo do SUS e apresentou um reordenamento das atribuições dos estados, com descentralização dos serviços para os municípios e ênfase em atividades de caráter político-estratégico na coordenação estadual da política que, até aquele momento, operavam diretamente serviços de saúde (Mendes, 1992).

A delimitação dessas novas atribuições ocorreu somente a partir de 1996, com a publicação de instrumentos normativos que gradativamente reconheceram os estados como peça fundamental para a implementação de redes de serviços que garantissem o acesso a todos os níveis de complexidade (Lima *et al.*, 2010). Complementarmente, em 2000, a política de saúde se igualou à educação ao conquistar a vinculação orçamentária, determinando um limite mínimo para gastos das três esferas de governo. Aos estados foi definido o mínimo de 12% da sua receita, contribuindo para ampliação dos gastos dessa esfera de governo com a saúde (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).

A implantação de estabelecimentos de saúde e a descentralização de serviços de atenção básica sob gestão estadual para a gestão municipal contribuíram para que os municípios atendessem hoje maciçamente à atenção básica, dividindo com os estados a responsabilidade pela execução dos níveis de maior complexidade e concentrando maior percentual de serviços da rede SUS.¹¹ Entre 1989 e 2009, o total de estabelecimentos públicos municipais evoluiu de 45,3% para 95,6%. Em contrapartida, nesse período ocorreu uma redução dos estabelecimentos públicos estaduais, de 46,3% para 2,5%. No caso dos leitos de internação, esta redução foi mais tênue e os estados ainda concentravam um total expressivo: se em 1990 respondiam por 54% do total de leitos públicos, em 2009 passaram para 40% (Licio *et al.*, 2021).

Dada a qualidade dos dados nos sistemas informacionais nas décadas de 1990 e 2000, não foi possível traçar a trajetória completa pós-SUS de organização da execução e gestão da média e alta complexidade em saúde, permitindo apenas o retrato mais recente. A tabela 1 apresenta a produção hospitalar de média e alta complexidade (MAC)¹² do SUS em 2014 e 2019, tanto por esfera jurídica (quem executa e gerencia o serviço) quanto por gestão (quem se responsabiliza pelo serviço sob o ponto de vista do comando único).¹³

11. A atenção primária (básica) é a porta de entrada do SUS e oferta ações de prevenção e promoção de saúde. A atenção secundária (média complexidade) compreende serviços médicos de apoio diagnóstico e terapêutico em ambulatórios, hospitais e atendimento de urgência. A atenção terciária (alta complexidade) abrange os hospitais de grande porte, terapias e procedimentos de alta especialização, oncologia, transplantes etc.

12. A produção hospitalar compreende o volume de procedimentos de internações realizados no âmbito do SUS. Os dados analisados foram coletados do SIH, cujo processamento é descentralizado e a autorização de internação hospitalar (AIH) é o instrumento utilizado para coletar dados referentes ao paciente e aos procedimentos feitos ao longo da internação.

13. Uma unidade prestadora de serviço do SUS pode estar sob gerência de uma organização específica, pública, privada ou filantrópica, e gestão de um ente governamental, estadual ou municipal. Trata-se de uma cooperação prevista na operacionalização do SUS que é formalizada entre dois entes na prestação de serviços de saúde (Portaria Gabinete do Ministro (GM)/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017). Esses serviços devem estar sob gestão de um único gestor de saúde – o comando único –, conforme determinado no art. 9º da Lei nº 8.080/1990 e previsto no art. 198 da CF/1988.

TABELA 1
Produção hospitalar do SUS por esfera jurídica e gestão, segundo níveis de complexidade
 (Em %)

Esfera jurídica	Média complexidade						Alta complexidade					
	2014			2019			2014			2019		
	Gestão estadual	Gestão municipal	Total	Gestão estadual	Gestão municipal	Total	Gestão estadual	Gestão municipal	Total	Gestão estadual	Gestão municipal	Total
Administração pública federal	1	2	3	1	2	3	1	5	6	1	5	6
Administração pública estadual	17	4	21	21	5	26	14	4	18	14	4	18
Administração pública municipal	3	17	20	2	22	24	1	3	4	-	4	4
Administração pública – outros	2	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entidades empresariais	2	6	8	2	4	6	2	7	9	3	7	10
Entidades sem fins lucrativos	17	26	43	15	26	41	25	38	63	26	36	62
Total	42	58	100	41	59	100	43	57	100	44	56	100

Fonte: Dados da produção hospitalar de 2014 e 2019 coletados do SIH/SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qjuf.def>>.

Obs.: Entidades empresariais: empresa pública ou sociedade de economia mista e demais entidades empresariais.

Observa-se que, embora a maior parte dessa produção seja operada por entidades sem fins lucrativos (41% na média complexidade e 62% na alta, em 2019), sua gestão está sob responsabilidade de um dos governos subnacionais (ou estados ou municípios). Ambos os entes são relevantes também na provisão direta via rede própria, tendo passado por relativa ampliação nos últimos anos, com os municípios assumindo fatia próxima (24%) à dos estados (26%) na média complexidade em 2019, ao passo que os estados se destacam mais nos procedimentos de alta complexidade (18%, contra 4% municipais). Considerando-se a responsabilidade pela gestão, em 2019 os municípios gerenciavam a maior parte dos serviços ofertados, com 59% e 56% dos procedimentos hospitalares, respectivamente, na média e alta complexidade.

Em suma, na saúde, os municípios proveem direta ou indiretamente a maior parte da produção hospitalar de média complexidade. Registra-se relativa estabilidade na provisão estadual dos serviços de saúde, tanto via provisão direta quanto indireta. No caso da alta complexidade, os estados seguem como principais responsáveis pela provisão direta, embora os municípios tenham protagonismo na indireta, por meio das entidades sem fins lucrativos.

2.3 Assistência social

Após décadas operando via benemerência e filantropia, a CF/1988 inaugurou o desenvolvimento da assistência social como política pública sob responsabilidade estatal (Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017). Todavia, não delimitou as atribuições de cada esfera de governo, cabendo aos estados as mesmas responsabilidades dos municípios e das entidades beneficentes: coordenar e executar seus respectivos programas (art. 204, I, CF/1988).

A Loas (Lei nº 8.742/1993) caminhou nesse quesito ao atribuir a maior parte das ofertas aos municípios, cabendo aos estados cofinanciar ações de enfrentamento da pobreza, além de atuar quando os custos ou ausência de demanda municipal justificassem a criação de uma rede regional desconcentrada no território.

Entretanto, o advento da Loas (1993) e a extinção da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1995, “braço” caritativo governamental, não trouxeram mudanças rápidas no arranjo federativo da política – tal como a LDB e a LOS fizeram na educação e na saúde –, na medida em que permaneceram indefinições nas responsabilidades de cada esfera de governo (Jaccoud *et al.*, 2020).

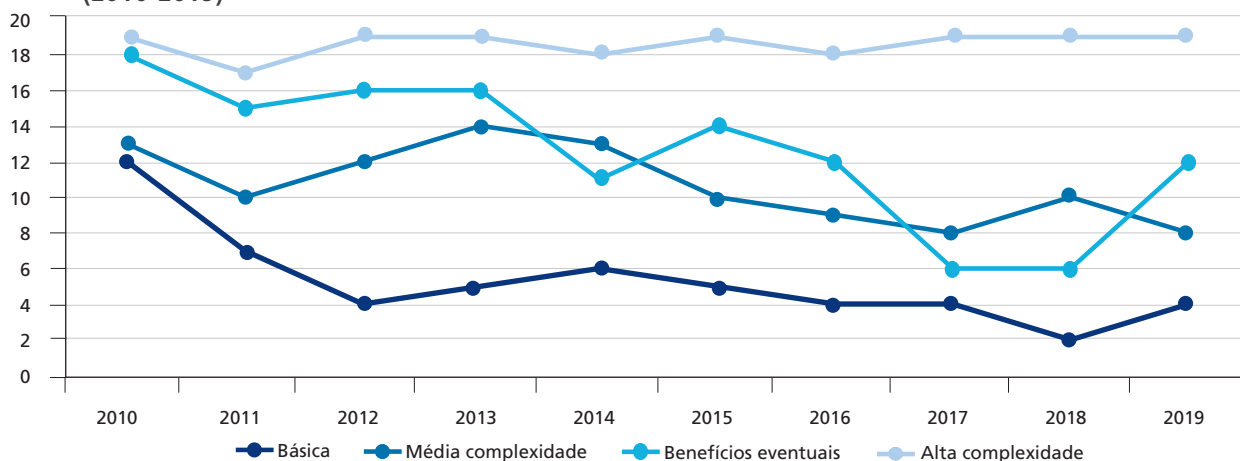
Foi somente com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, que se avançou na definição da oferta de serviços socioassistenciais por níveis de complexidade (básica e especial)¹⁴ (Colin e Jaccoud, 2013). Inspirada na saúde, a nova política fez emergir o Suas, finalmente inserido na Loas pela Lei nº 12.435/2011. Para Licio *et al.* (2021), a criação do Suas foi marco importante para adensar as responsabilidades estaduais, cujo papel passou a compreender a organização e implementação de ações regionalizadas da proteção social especial, coordenar a implementação do Suas no seu território, fornecer apoio técnico, capacitar e cofinanciar os municípios.

Analisando o envolvimento dos estados e municípios no Suas, Jaccoud *et al.* (2020) ponderam que esses entes tiveram comportamentos distintos. Enquanto os municípios convergiram para uma ampla adesão às diretrizes nacionais, os estados seguem atuando de forma residual, quando não evasiva, ainda que participem dos espaços de negociação intergovernamental. Ademais, a ausência de orçamento mínimo para a política, como ocorre na saúde e na educação, faz com que sua gestão e continuidade das ofertas possam ser prejudicadas sob mandatos políticos menos afetos a questões sociais.

O gráfico 2 mostra certa heterogeneidade de acordo com o tipo de serviço ofertado pelos estados. Considerando que a proteção básica é responsabilidade municipal, as diretrizes vigentes têm incentivado a municipalização desses serviços, resultando em uma nítida redução no número de estados que os ofertam (de doze em 2010 para quatro em 2019). Quanto aos benefícios eventuais, a redução foi de dezoito para doze estados nesse período. Nota-se também a redução no número de estados que ofertam a média complexidade, que de treze em 2010 chegou a apenas oito em 2019. No caso da alta complexidade, registra-se certa estabilidade, com mais de dois terços (dezenove estados) ofertando tanto em 2010 quanto em 2019.

14. Os serviços da proteção básica atuam na prevenção de situações de risco e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Na proteção especial, os serviços atuam quando o risco já está instalado, podendo ser de média ou alta complexidade – este último ofertado na forma de acolhimento, quando vínculos familiares e comunitários já se encontrem rompidos.

GRÁFICO 2
Total de estados que executam diretamente serviços socioassistenciais e benefícios eventuais (2010-2019)



Fonte: Censo Suas (2010-2019). Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>.

Esses dados mostram duas tendências importantes de redefinições do papel estadual conferido pelo Suas quanto à execução de serviços. Nota-se uma resistência de certos entes na necessária municipalização de ofertas da proteção básica e benefícios eventuais, além de dificuldade em estruturar ofertas próprias, mais grave na média complexidade, para a qual menos de um terço dos estados o faz (número inferior aos que ofertam benefícios eventuais, que devem ser executados pelos municípios). Dado que em todos os estados há municípios de pequeno porte, cujo perfil não comporta ofertar serviços da proteção especial, consideramos baixa a oferta estadual, não apenas na média, mas também na alta complexidade. Estas ofertas deveriam ocorrer, em alguma medida, em todas as Unidades Federativas, de modo que ainda resta aos estados um longo caminho para garantir a integralidade no acesso aos direitos socioassistenciais nestes territórios.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pesem as singularidades da trajetória das políticas analisadas – como a ausência de garantia orçamentária para a política de assistência social –, encontramos convergências na análise das responsabilidades estaduais na provisão de serviços.

Destacamos duas. A primeira diz respeito ao fato de que em nenhuma dessas políticas o governo estadual tem competências privativas ou exclusivas, recebendo no máximo indicações de áreas prioritárias (como o ensino médio na educação). Outra convergência, no caso da saúde e assistência social, está no compartilhamento, com os municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços mais complexos, para os quais eventualmente não possuam condições – seja pela capacidade, seja pela demanda – de ofertá-los.

No início do processo de municipalização da saúde e da assistência social isso significou ofertar serviços básicos estaduais enquanto o município não conseguisse estruturar oferta própria. Hoje o papel estadual se volta para os serviços cuja prestação exige uma estrutura de gestão mais complexa, organizada sob a lógica da regionalização. No caso da educação, os municípios possuem responsabilidade prioritária para oferecer o ensino fundamental, de modo que a competência compartilhada com os

estados nesse nível de ensino também tem caráter suplementar, recaindo mais na provisão dos anos finais, cuja gestão é mais complexa que a dos anos iniciais.¹⁵

Embora haja um movimento constante e consistente de municipalização nas três políticas, os estados, em geral, não saíram de cena, apenas mudaram seu papel e ênfase de atuação, executando diretamente serviços de maior complexidade a fim de suplementar a atuação municipal. Seguem respondendo por parcela importante das matrículas dos anos finais do ensino fundamental, dos leitos de internação e da produção hospitalar (média e alta complexidade) na saúde. No caso da assistência social, a provisão estadual é mais comum nos serviços de alta complexidade.

Como limitações da pesquisa, apontamos a falta de disponibilidade de dados para todo o período analisado, em particular na área de saúde.¹⁶ Pudemos observar apenas o retrato atual da distribuição de atribuições entre estados e municípios na produção hospitalar, com apenas dois pontos próximos no tempo (2014 e 2019).

Em todo caso, a análise aqui desenvolvida indica que não se pode prescindir dos estados na provisão dos serviços, o que desafia os instrumentos de coordenação dos sistemas de gestão das três políticas analisadas. Indutores da universalização da oferta via municipalização dos serviços básicos, estes instrumentos ainda não conseguiram garantir, a contento, a integralidade dos serviços de maior complexidade em todo o território nacional, tanto na saúde quanto, principalmente, na assistência social. A provisão estadual em caráter suplementar aos municípios é fundamental para isso, mas precisa ser adequadamente coordenada para que supra as necessidades da população nos contextos mais diversos em que se manifestam. No caso da educação, cabe lembrar que a atuação dos estados como provedores de matrículas não os exime do desafio de coordenar as redes estaduais e municipais com o intuito de garantir um padrão mínimo de qualidade da oferta no seu território.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A dinâmica federativa da educação brasileira: diagnóstico e propostas de aperfeiçoamento. *In*: OLIVEIRA, R. P.; SANTANA, W. (Org.). **Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade**. Brasília: Unesco, 2010. p. 39-70.

COLIN, D.; JACCOUD, L. Assistência social e construção do Suas – balanço e perspectivas: o percurso da assistência social como política de direitos e a trajetória necessária. *In*: COLIN, D. *et al.* (Org.). **20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013. v. 1, p. 42-65.

GOMES, S. Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. **Dados**, v. 52, n. 3, p. 659–690, jun. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0011-52582009000300004>>.

INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse estatística da educação básica 2019**. Brasília: Inep, 2020.

15. A necessidade de contratação de professores especializados para os anos finais do ensino fundamental pode complicar sua gestão em municípios menores, onde pode ser maior a carência de mão de obra qualificada.

16. Para assistência social também só conseguimos dados a partir de 2010, mas nesse caso era esperado, considerando ser uma política de estruturação mais recente.

JACCOUD, L.; BICHIR, 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. *et al.* Implementação e coordenação intergovernamental na Política Nacional de Assistência Social. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. cap. 4.

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. cap. 7.

LICIO, E. *et al.* **O que fazem (ou deveriam fazer) os governos estaduais na gestão das políticas sociais**. Rio de Janeiro: Ipea, 2021. (Texto para Discussão, n. 2695).

LICIO, E.; PONTES, P. Papel dos governos estaduais no ensino fundamental: coordenação intergovernamental importa?. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. cap. 12.

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**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-58.

LUCCHESI, P. T. R. 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.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 88, p. 61-82, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17666/308861-82/2015>>.

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, 1992.

PAIVA, A. B.; 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. cap. 5.

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 [on-line]**, n. 10-11, p. 11-27, 1996. Disponível em: <<https://is.gd/8PyVhk>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

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