

## OS GOVERNOS ESTADUAIS NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

### Pontos-chave:

- » Os estados mantêm papéis relevantes na provisão de serviços das políticas sociais à população: são responsáveis pelo cofinanciamento e são chamados a responder por apoio técnico, com o objetivo de que os municípios possam estruturar uma oferta própria nos serviços básicos.
- » Há significativa variação na maneira como os estados têm, de fato, assumido suas competências na provisão, financiamento ou coordenação dos serviços públicos das políticas sociais. Essa variação é maior em áreas com regulação menos efetiva, como na assistência social – na qual não há mínimos constitucionais de aplicação orçamentária, o que a torna mais dependente das prioridades políticas de cada governo eleito.
- » As regras atuais não impedem que os estados façam a diferença nos resultados das políticas sociais, o que, no entanto, não quer dizer que estejam conseguindo efetivar as responsabilidades que lhe foram reservadas, de modo que o compromisso e o empenho desses atores permanecem como desafio a ser efetivado.



# INTRODUÇÃO

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

O objetivo deste documento é compreender em que medida os governos estaduais têm assumido tais funções nas políticas de educação, saúde e assistência social, a partir da identificação do respectivo grau de aderência à sua gestão. Os resultados expostos são referentes ao Texto para Discussão nº 2695 “O que fazem – ou deveriam fazer – os governos estaduais na gestão das políticas sociais”, lançado pelo Ipea em setembro de 2021.

## EVIDÊNCIAS

Dados obtidos a partir de uma perspectiva comparada entre a trajetória das políticas sociais com base em pesquisa documental, revisão bibliográfica e acesso a sistemas de monitoramento.

Ainda que as três principais políticas sociais universais (saúde, educação e assistência social) sejam implementadas por meio de sistemas descentralizados, é possível identificar diferenças entre os respectivos arranjos institucionais.

## EDUCAÇÃO

A universalização da educação básica esteve ancorada em três decisivas mudanças institucionais:



**A afirmação do papel dos municípios na provisão de matrículas na educação básica**



**A aprovação da LDB, que avançou na discriminação de responsabilidades dos entes federativos para oferta da educação pública básica**



**A aprovação de fundos públicos (Fundef/Fundeb), que estabeleceram incentivos financeiros para a ampliação das redes de ensino**

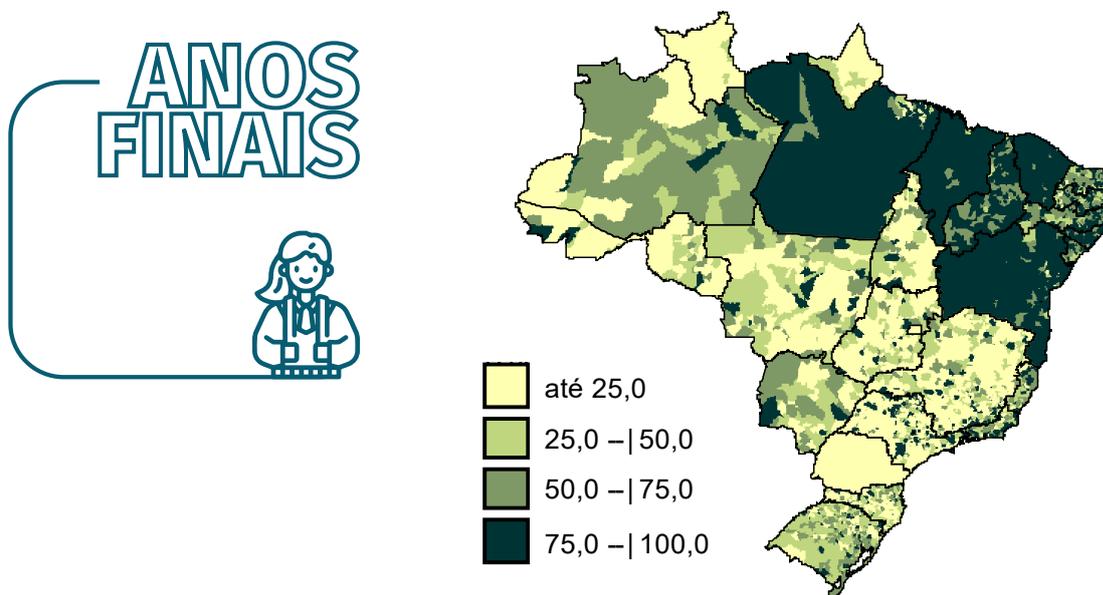
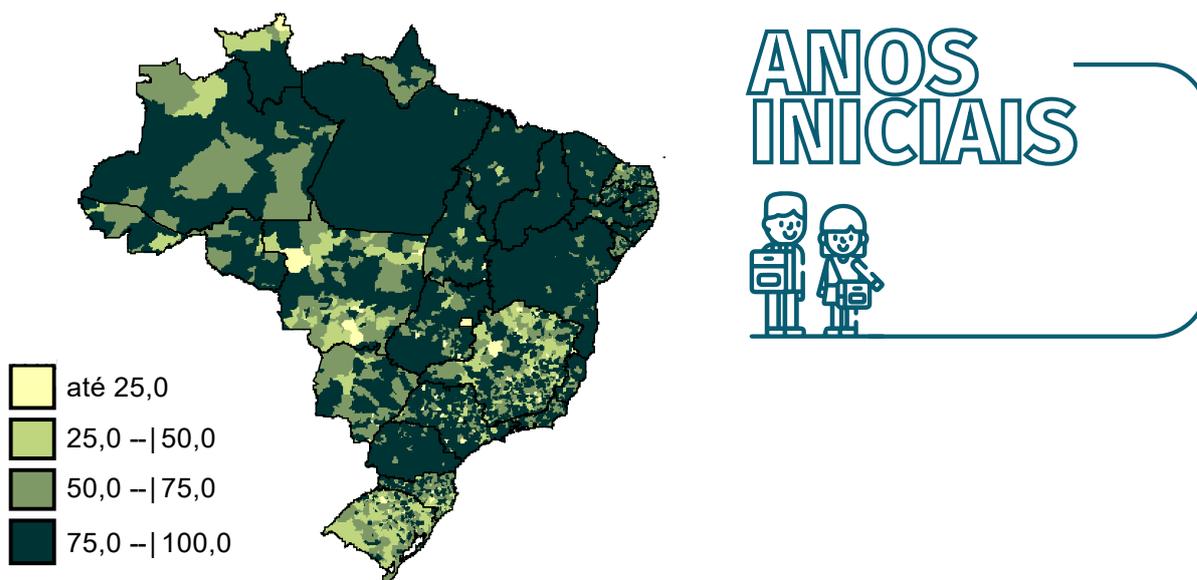


A partir de meados dos anos 1990, houve significativos avanços na universalização do acesso ao ensino básico. Entre 1992 e 1999, foram criadas mais de 10 milhões de matrículas (ampliação de 28%). Além dessa expansão, há alterações nas distribuições das matrículas, segundo dependência administrativa,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

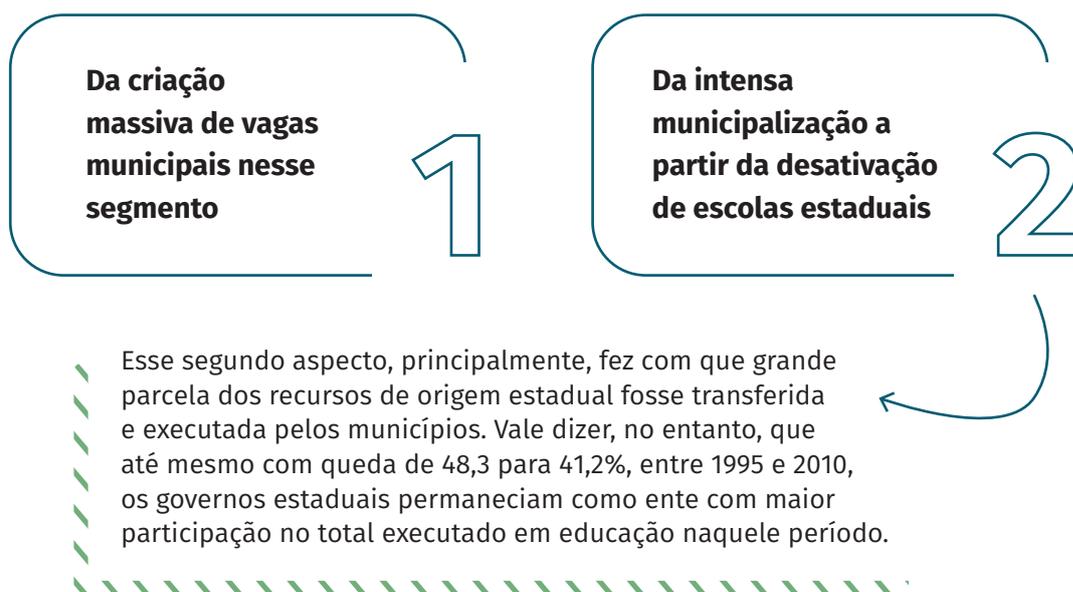
No caso do ensino fundamental, observa-se que os governos estaduais ainda respondiam por parte importante das matrículas da educação básica nos primeiros anos após a Constituição de 1988. Em 1992, 57,8% das vagas no ensino fundamental eram oferecidas por escolas estaduais.

Em termos nacionais, os anos iniciais do ensino fundamental vêm sendo oferecidos principalmente pelas redes municipais, enquanto nos anos finais, a distribuição das matrículas entre ambas as redes é mais equilibrada, com maior participação estadual nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

### Matrículas municipais do ensino fundamental (2019) (em %)



Quanto ao financiamento, há vinculação constitucional de, pelo menos, 25% das receitas públicas em educação para estados e municípios. Observa-se ainda redistribuição do gasto entre os níveis de governo no sentido da ampliação da participação municipal. Analisando dados agregados para todo o setor de educação, estudos mostram que o município foi o único ente que ampliou sua participação na execução dos recursos – proporção que passou de 27,9% para 39,1%, entre 1995 e 2010. Isso é reflexo:



Ainda que se tenha verificado ampliação do aporte de recursos estaduais de 2% para 2,5% em termos proporcionais ao Produto Interno Bruto (PIB) entre os anos de 2000 e 2012, observa-se tendência de declínio no percentual de recursos executados pelos estados, com queda de 48,3% para 41,2%, entre 1995 e 2010, conforme indicam estudos.

Quanto à coordenação, se o novo arranjo federativo da educação básica desincumbiu parcialmente os estados da responsabilidade pela oferta, também lhes atribuiu nova responsabilidade pela coordenação das redes de ensino, como forma de garantir um padrão de qualidade em seu território. Inaugurada pela Lei de Diretrizes de Base (LDB), essa prática tem sido implementada de forma mais sistemática apenas mais recentemente, sendo o caso do Ceará um exemplo bem sucedido nesse sentido. Alcançada em grande parte a meta da universalização, o Plano Nacional de Educação (PNE) de 2014 coloca como um dos principais desafios para o regime de colaboração a garantia do padrão de qualidade que, conforme estudos, – considerando-se o grau de municipalização da educação infantil e do ensino fundamental – não será alcançado sem a mediação coordenadora dos entes intermediários de governo, a qual segue bem heterogênea no país.





A criação do SUS marca uma redefinição das funções dos estados na política de saúde: se, até o final da década de 1980, os governos estaduais atuavam diretamente operando rede de serviços de saúde, com o advento do SUS, segundo estudos, ocorreu um reordenamento das suas atribuições, com ênfase em atividades de caráter político-estratégico na coordenação estadual da política.

Essa mudança foi gradual e passou por dois momentos de inflexão:

A publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, que introduziu a Programação Pactuada Integrada (PPI) e instrumentalizou os estados para cumprir o papel do coordenador e articulador no seu território.

1

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) no período 2001-2002, que reconheceu que, sem o papel estratégico dos estados na coordenação, articulação e regulação, não seria possível implementar um modelo de organização do SUS que garantisse acesso integral a todos os níveis de complexidade das ofertas.

2

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

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1989	1923	8,5	10.504	46,3	10.279	45,3	22.706	100
1999	628	1,9	1.930	5,9	30.404	92,2	32.962	100
2009	950	1,8	1.318	2,5	49.753	95,6	52.021	100

Fonte: ASM/IBGE 1989, 1999 e 2009. Elaboração dos autores.



Ao considerarmos a responsabilidade pela gestão, na forma do comando único estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº 8.080/1990 –, os municípios aparecem assumindo a gestão da rede de média complexidade, com 59% da produção hospitalar versus 41% dos estados. Na alta complexidade, observa-se o mesmo protagonismo dos municípios, que gerenciam a rede responsável pela oferta de 56% dos procedimentos hospitalares versus 44% da rede estadual.

Esfera jurídica	Média complexidade		Alta complexidade		Municipal		Total	
	2014		2018		2014		2018	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Estadual	4.542.915	42	4.538.896	41	324.475	43	391.060	44
Municipal	6.325.058	58	6.581.962	59	438.267	57	487.872	56

Quanto ao financiamento, a Emenda Constitucional 29/2000 previu o gasto mínimo em saúde de 12% das receitas públicas pelos estados e 15% pelos municípios. A análise das contas públicas do SUS entre 2011 e 2014 mostra que os estados têm alocado seus recursos principalmente com internações. Em 2014, esse nível de governo foi o principal financiador da atenção hospitalar, comprometendo quase dois terços das suas despesas.

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

Quanto à coordenação, de modo geral, em que pesem os esforços normativos, a regionalização da oferta em saúde ainda é frágil. Sem incentivos financeiros, como aqueles aportados pelo Ministério da Saúde durante o processo de municipalização, estudos apontam que os recursos destinados para a regionalização foram escassos e que, em diferentes momentos, tentou-se alavancá-la, porém, de maneira heterogênea e com alguns estados assumindo tardiamente suas responsabilidades.

## ASSISTÊNCIA SOCIAL

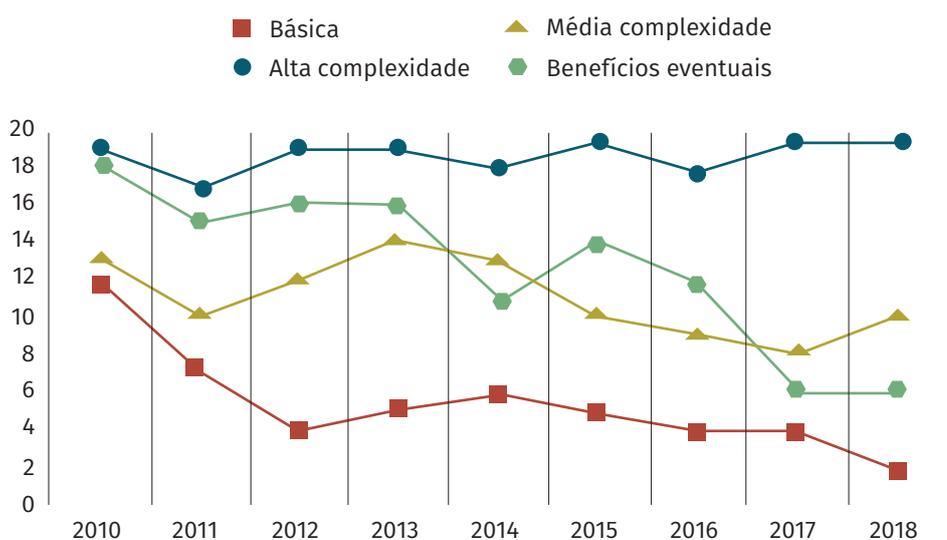
A atuação estadual na política de assistência social deve considerar a complexidade do serviço prestado, organizando e implementando ações regionalizadas da proteção social especial e, simultaneamente, coordenando a implementação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) no seu território, ofertando apoio técnico, bem como capacitação e cofinanciamento dos municípios.



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

Quanto à oferta de serviços regionalizados, o Censo Suas informava em 2018 a ocorrência de oito UFs com serviços de média complexidade e nove com serviços de alta complexidade. Apesar de atuarem na sua organização, nem sempre a oferta regionalizada é executada diretamente pelos governos estaduais, a qual também pode ser feita por municípios ou entidades privadas com recursos públicos. Em 2018, apenas metade dos serviços regionalizados era executada pelos estados, sendo alguns destes com os municípios.

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



Fonte: Censo Suas 2010-2018. Elaboração dos autores.

### MÉDIA COMPLEXIDADE



### ALTA COMPLEXIDADE

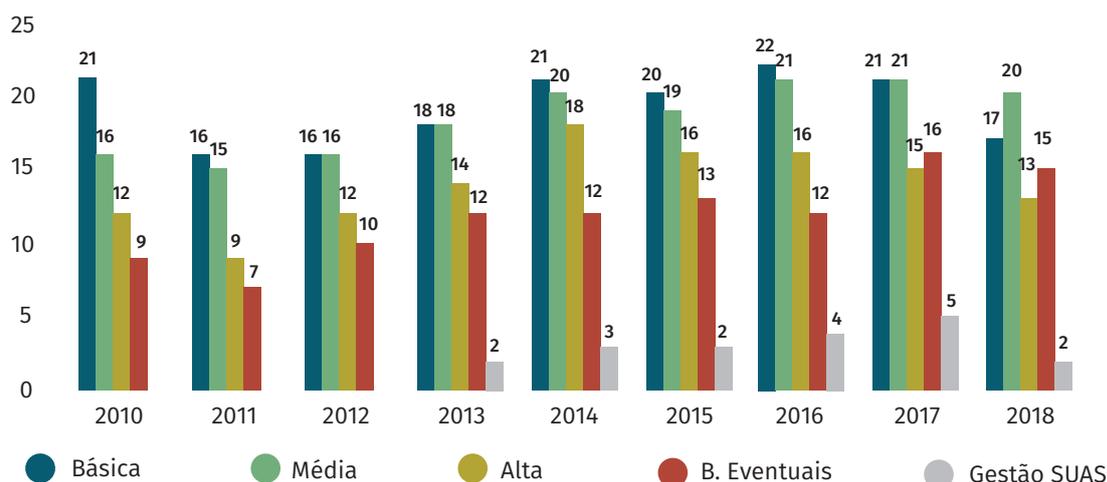


Os gráficos se referem às ofertas regionalizadas de média e alta complexidade.



Quanto ao financiamento, não há obrigação de aplicação mínima de recursos em assistência social. Com base no Censo Suas, observa-se que a maior parte dos estados não cofinanciava a gestão do Suas. Até mesmo nos serviços de proteção básica e média complexidade, que nesse período foram os mais contemplados com os repasses estaduais, em 2018, reduziu o número de estados que faziam seu cofinanciamento. No caso dos benefícios eventuais, por sua vez, tem aumentado nos últimos anos o número de estados que os cofinanciam.

### Destinação do cofinanciamento estadual (2010-2018)



Fonte: Censo Suas 2010-2018. Elaboração dos autores

No campo da coordenação federativa, a prestação de apoio técnico aos municípios pelos estados tem sido diversificada. Dados do Censo Suas mostram um incremento nos últimos anos no total de estados que realizam ações de assessoramento, inclusive com pactuações do plano de apoio técnico nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs):

Em 2014

**65%**

dos estados haviam pactuado seu plano de apoio técnico.

Já em 2018, esse número subiu para

**85%**

Em 2018, todos os estados afirmaram realizar alguma forma de assessoramento presencial nos municípios, assim como capacitações.

No entanto, estudos sobre a capacidade institucional dos estados no Suas identifica elevada heterogeneidade, fato esse corroborado pelos dados do Censo Suas. Em 2018, 92,3% dos estados não contavam com uma secretaria exclusiva para a assistência social, 53,8% não tinham constituída uma subdivisão administrativa de regulação do Suas e outros 73,1% não possuíam lei estadual de regulamentação desse sistema.

# DIAGNÓSTICO

Diagnóstico baseado nas evidências detectadas.

1

A partir de 1990, as três políticas observaram, em ritmos diferentes, processos de regulamentação das diretrizes que levaram à municipalização dos serviços, sobretudo nos básicos e de menor complexidade.

O ajuste fiscal promovido nas contas estaduais contribuiu para que os estados se desincumbissem de boa parte das ofertas que até então estava sob seu comando.

2

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

3

Apesar de haver boas experiências de coordenação estadual na educação, o exercício desse papel ainda é bem heterogêneo, de modo que alguns entes estaduais se limitam a atuar como gestores de sua própria rede de escolas e outros nem isso, pois municipalizaram a maior parte da oferta do ensino fundamental.

4

No caso da saúde, os estados ainda exercem funções relevantes enquanto executores dos serviços, não obstante tenha havido redução da proporção de respectivos equipamentos públicos e da oferta de leitos hospitalares na média e alta complexidade e na produção hospitalar. O avanço na condução do processo de regionalização segue limitado e desigual, assim como o cofinanciamento para níveis maiores de complexidade.

5

No caso da assistência social, os estados assumiram bem a capacitação, com alguma oferta na média e, mais abrangente, na alta complexidade, mas foram insuficientes na regionalização dessas ofertas, que permanecem bem mais incipientes que na saúde.

6

Os sistemas de políticas sociais não têm conseguido produzir convergência na atuação dos entes estaduais com a mesma efetividade com que fizeram com os governos municipais.

# RECOMENDAÇÕES

Recomendações baseadas no diagnóstico realizado.

Após a universalização das políticas sociais via municipalização, avanços posteriores na agenda social como a melhoria da qualidade e a garantia da integralidade do acesso aos direitos sociais dependem, irremediavelmente, dos estados.

As ofertas de serviços governamentais de maior complexidade demanda a atuação dos entes estaduais, sobretudo em sua função coordenadora. Sem esses atores, será impossível avançar na consolidação do Estado de bem-estar brasileiro preconizado pela Constituição de 1988.

## EXPEDIENTE

**TD 2695 - O que fazem - ou deveriam fazer - os governos estaduais na gestão das políticas sociais**



### Equipe:

Elaine Cristina Licio  
Pedro Lucas de Moura Palotti  
Aérica de Figueiredo Pereira Meneses  
Pedro Arthur de M. Marques Pontes

### EM QUESTÃO – Evidências para políticas públicas

**Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia - Diest**

#### *Diretor*

Flavio Lyrio Carneiro

#### *Diretor adjunto*

Fabio Schiavinatto

#### *Núcleo de Disseminação de Pesquisa*

Camila Escudero | edição e conteúdo  
Relison Galvão | design e diagramação  
Victor Gomes | design e diagramação