ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 17 **HETEROGENEIDADE COMO REGRA: PROVISÃO ESTADUAL DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**
Autor(es)	Elaine Cristina Licio Pedro Palotti Aérica Meneses
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350509cap17

Título do livro	**E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo**
Organizadores(as)	Pedro Palotti Elaine Cristina Licio Sandra Gomes Catarina Ianni Segatto André Luis Nogueira da Silva
Volume	1
Série	-
Cidade	Rio de Janeiro
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1a
ISBN	9786556350509
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350509

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2023

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 do Planejamento e Orçamento.

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

CAPÍTULO 17

HETEROGENEIDADE COMO REGRA: PROVISÃO ESTADUAL DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL[1,2]

Elaine Cristina Licio[3]
Pedro Palotti[4]
Aérica Meneses[5]

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda o papel dos governos estaduais enquanto provedores de serviços de educação, saúde e assistência social. Essas três políticas garantem direitos sociais básicos, a partir da construção de uma estrutura territorialmente capilarizada e conectada a políticas nacionais, de forma a assegurar uniformidade na sua oferta, num 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 vêm gradualmente se desincumbindo dessa atribuição nas últimas décadas, com a ampliação da provisão de serviços a cargo dos governos locais. 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 enquanto estratégias de universalização da oferta.

Os estudos sobre a nacionalização das políticas universais sob indução federal têm, via de regra, focado na sua municipalização e em como esse processo ampliou a relevância do ente local em nossa Federação (Vazquez, 2014; Machado e Palotti, 2015). Este trabalho lança luz sobre aspecto menos explorado dessa agenda, relativo aos papéis assumidos pelos governos estaduais nesse novo contexto institucional, no qual a responsabilidade pelos serviços básicos foi deslocada

1. Este capítulo sintetiza e aprofunda parte do debate sobre a atuação dos governos estaduais na gestão das políticas sociais em andamento no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (Licio *et al*., 2021a; 2021b).

2. Os autores agradecem os comentários valiosos dos pareceristas anônimos a uma versão anterior deste trabalho, os quais contribuíram para o seu aperfeiçoamento.

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. Consultora no âmbito do convênio de cooperação técnica entre a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Ipea. *E-mail*: <aericafpm@gmail.com>.

para os municípios, restando, no entanto, parte importante das ofertas sob responsabilidade compartilhada com os entes estaduais, caso do ensino fundamental na educação e das ofertas de média e alta complexidade (MAC) da saúde e assistência social.

Conforme sinalizado em trabalhos anteriores (Licio *et al.*, 2021a; 2021b), postulamos que os estados mantiveram papéis relevantes na provisão de serviços sociais, incumbiram-se do cofinanciamento e foram chamados a responder pela coordenação técnica para que os municípios pudessem estruturar uma oferta própria, embora com significativa variação na maneira como têm de fato assumido essa responsabilidade. Na prática, os governos estaduais seguem respondendo por parcela importante das matrículas dos anos finais do ensino fundamental, dos leitos de internação e da produção hospitalar de MAC na saúde. No caso da assistência social, cuja estruturação enquanto política pública é bem mais recente, a provisão estadual segue incipiente.

Ao problematizar a descentralização a partir da discussão da atuação dos estados nas três políticas, argumentamos que não houve a completa "saída de cena" dos governos estaduais na execução das ofertas, mas sim uma modificação de seu papel e ênfase de atuação (Licio *et al.*, 2021b). 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.

O objetivo deste capítulo é compreender justamente o escopo das responsabilidades estaduais de oferta compartilhadas com os municípios, de modo a caracterizar, no nível das Unidades Federativas (UFs) e regiões, os arranjos resultantes desse compartilhamento, bem como a relevância da provisão estadual dos serviços nas políticas de educação, saúde e assistência social. A pesquisa baseia-se na premissa de que conhecer como o estado de fato exerce sua responsabilidade de provisão da oferta nas diversas UFs é importante para se pensar qualquer instrumento de coordenação federativa, no âmbito regional ou nacional, que pressuponha reduzir iniquidades e elevar o padrão de qualidade da oferta das políticas. Desse modo, trata-se de trabalho exploratório e descritivo da atuação estadual em serviços em que desempenham algum papel mais relevante.

Para tanto, tomamos como base a análise documental (regulamentos), a revisão bibliográfica e a consulta a sistemas de monitoramento das políticas de educação, saúde e assistência social. Optamos por bases de dados de registros públicos, com cobertura nacional e que permitissem a sua desagregação por UF: na educação, as bases do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep); na saúde, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH),

que pertence ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Ministério da Saúde; e, na assistência social, o censo do Sistema Único de Assistência Social (Suas). As variáveis selecionadas foram analisadas por meio de estatística descritiva. Na educação, elegemos os anos finais do ensino fundamental, considerando que a distribuição de matrículas municipais e estaduais nesse segmento tem sido mais equilibrada entre esses dois entes. Na saúde, debruçamo-nos sobre a provisão de internações hospitalares de MAC, cuja parcela significativa vem sendo executada pelos estados, por meio de redes próprias ou contratadas. Na assistência social, analisamos os serviços da proteção social especial de média e alta complexidade, considerando que compete aos estados organizar e ofertar esses serviços nos menores municípios, cuja demanda e estrutura não comportam a estruturação de uma rede própria. Para um retrato recente da atuação dos estados nas três políticas, os dados analisados são de 2019, anteriores, portanto, à pandemia da covid-19, que impactou a gestão dos três níveis de governo e cujos efeitos e mudanças nos resultados das ofertas ainda seguem em estudos.

Adota-se como referência para o conceito de heterogeneidade a observação de diferentes padrões e arranjos de implementação entre os estados brasileiros para provisão de serviços públicos, cuja responsabilidade é compartilhada com os municípios, no caso das políticas sociais consideradas. Nesse sentido, aponta-se para como as UFs, dentro de uma macrorregião, se comportam de maneira similar ou divergente em termos de distribuição da oferta sob responsabilidade estadual e municipal. Embora seja possível também apontar a singularidade de cada estado, o presente estudo almeja discutir as heterogeneidades territoriais de forma mais ampla, por política social. Nesse sentido, não se busca explicar os fatores determinantes da heterogeneidade. O objetivo é somente evidenciá-los, como resultado de distintas trajetórias de implementação das diferentes políticas. Sugerem-se, então, possíveis implicações dos achados para a coordenação federativa que busquem reduzir desigualdades e ampliar a qualidade da oferta dos serviços analisados.

O capítulo se divide em quatro seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção, apresentamos a relação existente entre federalismo e níveis de governo, enfatizando as consequências desses conceitos para as políticas sociais. Na terceira seção, analisamos, com o filtro de UFs e regiões, em que medida os estados assumem ofertas cuja responsabilidade compartilham com os municípios. Nas considerações finais, sintetizamos os principais achados e sinalizamos possibilidades de aprofundamento da pesquisa.

2 FEDERALISMO E NÍVEIS DE GOVERNO: DEFINIÇÃO CONCEITUAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS

O entendimento do conceito de federalismo é relevante como chave analítica para a compreensão de fenômenos de natureza política que envolvem os diferentes sistemas políticos. Como argumenta Souza (2008), federações e federalismo são coisas distintas. Enquanto as federações são arranjos político-institucionais concretos, correspondendo a trajetórias históricas particulares, o federalismo reúne diversas perspectivas teóricas aplicáveis aos sistemas políticos. Para a discussão que aqui enfoca os níveis de governo, destacamos três componentes principais: i) federalismo como pacto; ii) federalismo como descentralização de serviços públicos; e iii) federalismo como ideologia.[6]

Em sua origem, o federalismo remete a pactos que organizam barganhas entre elites políticas (Elazar, 1987). Na sua acepção mais básica, o federalismo compreende a existência de mais de um governo sobre o mesmo território, o que confere aos arranjos federativos um caráter de interdependência (Arretche, 2000; Abrucio, 2005). O pacto federativo assume, por um lado, o princípio da unidade – ou seja, o mesmo governo no território – e, por outro lado, o princípio da autonomia interna – que prevê a possibilidade de governos subnacionais com autonomia para atender cidadãos em porções específicas do território. Desse modo, temos a convivência de "regras próprias e regras partilhadas", na concepção de Elazar (1987). O federalismo, portanto, possibilita a existência de atores políticos em diferentes níveis de governo e interfere nas estratégias de ação disponíveis (Pierson, 1995), a fim de produzir bens públicos (segurança nacional; alocação eficiente de recursos; proteção social; entre outros) cuja apropriação deve se dar pelo conjunto dos entes federados, de modo a evitar comportamentos oportunistas e deserções (Bednar, 2005). Ou seja, almeja-se promover cooperação entre os atores governamentais, engajando-os na provisão de bens públicos, preferencialmente sem apresentar comportamento oportunista ou carona.

Partindo-se para uma acepção mais focada nas políticas públicas, observa-se o significado de federalismo sob o ponto de vista da implementação descentralizada de serviços públicos. Em outras palavras, a existência de federalismo está acompanhada por algum grau de descentralização, que varia entre as federações. Um primeiro enfoque da perspectiva do federalismo como descentralização se dá sob a ótica do federalismo fiscal. Oates (1999) afirma que o governo central deve ter suas responsabilidades sobre a estabilização macroeconômica e redistribuição de recursos via assistência aos pobres, além da provisão de serviços públicos para toda a população do país. Sendo assim, cabe aos níveis descentralizados do

6. Souza (2008) argumenta ainda haver uma relação entre federalismo e democracia. Como nosso enfoque é a organização territorial do poder político, não destacaremos essa relação, embora tal discussão seja atual e necessária.

governo a função de prover bens e serviços em suas próprias jurisdições, com base nas circunstâncias e regras locais, levando ao aumento do bem-estar econômico. A ideia de descentralização fiscal tem como base a prerrogativa da oferta dos serviços públicos pelos entes subnacionais.

Além de aspectos fiscais, a descentralização também pode estar condicionada a aspectos políticos. A descentralização política ilustra-se pela ocorrência de maior autonomia aos governos locais na escolha de seus representantes políticos. A existência de mais de um governo em um mesmo território pressupõe algum grau de autonomia política para a auto-organização das elites políticas locais, sem a intervenção do governo central. Essa dinâmica assume importância para o funcionamento das federações, inclusive com a possibilidade de nacionalização de partidos políticos por meio das eleições subnacionais, sem necessariamente disputar as eleições nacionais (Borges, Albala e Burtnik, 2017). A descentralização política, por fim, pode ocorrer inclusive em países unitários, uma vez que se trata de estabelecer um padrão de relações intergovernamentais com ampliação da autonomia territorial, como é o caso da governança descentralizada da Itália moderna (Putnam, 1993).

A descentralização deve remeter aos resultados efetivamente alcançados pelas políticas públicas governamentais. A existência de níveis subnacionais, ao menos teoricamente, aponta para mais proximidade com os cidadãos, convergindo entregas públicas e preferências individuais, além de ganhos de *accountability* e transparência. Há, no entanto, a possibilidade de que uma estrutura governamental multinível seja menos eficiente que o formato unitário quando os serviços implementados não correspondem ao nível mais adequado. Isso pode acarretar perdas de escala e de eficiência (Treisman, 2007). Em muitos casos concretos, ocorrem ainda promessas não cumpridas pela descentralização, como a manutenção de práticas de corrupção e a ausência de controle sobre a ação governamental (Arretche, 1996). A descentralização administrativa assume uma faceta não negligenciável do federalismo, de modo que a sequência histórica entre a descentralização fiscal, política e administrativa em determinada federação possui implicações sobre o grau de autonomia dos entes subnacionais (Falleti, 2005).

Além de significar pacto e barganha entre as elites políticas e remeter a processos de descentralização, o federalismo pode assumir uma faceta ideológica, mais valorativa ou de princípios. Essa conceituação possibilita enxergar a existência "de grande variedade na prática dos princípios federativos, inclusive em contextos em que o sistema federativo não é formalmente adotado. A União Europeia é o exemplo mais claro, ou seja, princípios federativos existem sem a existência da Federação" (Souza, 2008, p. 34). Sem apontar uma lista exaustiva, Souza (2008) argumenta que considerar aspectos ideológicos implica reconhecer a particularidade das circunstâncias históricas, políticas e sociais de cada sistema

político, assim como a persistência de interesses múltiplos. A diversidade, contudo, é apontada como uma das bases valorativas do federalismo.

Sob o ponto de vista das políticas sociais, a ênfase nos níveis de governo é central por tratar da relação entre centro e periferia na produção de políticas públicas. Segundo o entendimento de Wright (2013), há a possibilidade de três modelos de relações intergovernamentais: autoridade coordenada, autoridade inclusiva e autoridade sobreposta/concorrente. O primeiro modelo aponta para a elevada autonomia com delimitação clara do papel dos diferentes níveis de governo. O segundo remete à hierarquia entre os entes federados, com os níveis mais descentralizados subordinando-se ao governo central. O terceiro modelo caracteriza-se por um equilíbrio entre autonomia e hierarquia, apontando para a coexistência de competição e cooperação.

Nos primórdios do arranjo federativo brasileiro, passamos de um império unitário e centralizado para uma primeira república federativa e descentralizada, num contexto de forte autonomia estadual e distribuição de poder regional extremamente desigual, prevalecendo um modelo de autoridade coordenada, no qual cada nível de governo tinha competências diferentes. Desde então, e via de regra, o grau de interação entre os entes federativos para a produção de bens e serviços tem de alguma forma se associado à dinâmica política: períodos de centralização – e um padrão de "autoridade inclusiva" nos termos de Wright (2013) – coincidiram com o predomínio de regimes autoritários (Draibe, 1994), enquanto a descentralização – num padrão de autoridade sobreposta – tem ocorrido com a vigência da ordem democrática (Almeida, 2001).

Se, por um lado, a CF/1988 definiu competências compartilhadas entre os entes federados nas políticas sociais, autorizando-os a fazer ou deixar de fazer um conjunto de ações para proteção social (Arretche, 2004), por outro os trinta anos seguintes à CF/1988 foram dedicados, em sucessivos governos de distintas orientações ideológicas, à construção de instituições que definissem responsabilidades e regras comuns de atuação nas políticas de saúde, educação e assistência social, assim como organizassem os sistemas nacionais (Arretche, 2012; Borges, 2013; Franzese e Abrucio, 2013; Machado e Palotti, 2015; Licio *et al.*, 2021a). Nesse sentido, a CF/1988 lançou as bases da descentralização política e fiscal que, desde então, vêm sendo operacionalizadas por meio de um amplo processo de municipalização que deu forma a esses sistemas nacionais descentralizados.

Além do reordenamento das competências dos entes federativos, que privilegiou o município como executor de políticas sociais, a CF/1988 preconiza esforços que reduzam desigualdades sociais e regionais. Segundo Mendes (2015, p. 7),

> os entes federativos – União, estados, Distrito Federal e municípios – criam e utilizam diversos arranjos institucionais, com mecanismos próprios e comuns, para potencializar os resultados da ação pública nos seus territórios de atuação no provimento de bens e serviços públicos para a sociedade.

São arranjos a esse respeito desde órgãos federais, como as superintendências regionais de desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e da Amazônia (Sudam), até a definição de critérios redistributivos de recursos pela Federação brasileira, como os mecanismos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e, mesmo com distorções, dos fundos constitucionais direcionados a estados (Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal – FPE) e municípios (Fundo de Participação dos Municípios – FPM). Esses são alguns esforços de cumprimento do mandato constitucional de lidar com desigualdades territoriais da Federação, embora essa pauta não tenha o mesmo protagonismo de antes da redemocratização (Rezende, 2013).

Ainda que a descentralização pós-CF/1988 caracterize a Federação como um todo, circunstâncias locais como contexto socioeconômico, estruturas de poder e trajetória institucional podem afetar a velocidade e intensidade desse processo no nível local (Gomes, 2009), em especial nos casos de compartilhamento de competências, caso das políticas sociais. Como resultado, espera-se encontrar diferentes padrões de interação entre os entes federados na provisão desses serviços, não só entre as políticas, mas também entre os níveis de governo (regional/local).

Esta seção teórica pretendeu explicitar alguns elementos que serão centrais para a análise empírica a ser desenvolvida. O primeiro aponta para a importância dos diferentes níveis de governo quando se considera o federalismo. O segundo diz respeito ao desenho do federalismo brasileiro, que emergiu com um conjunto amplo de competências compartilhadas aos entes federados em termos políticos e fiscais, aos poucos sendo mais bem definidas em sistemas nacionais de políticas descentralizadas, em particular nas sociais. Por último, mas não menos importante, o atual modelo de organização federativa segmentou nas políticas públicas a existência ou não de mecanismos ou ferramentas de promoção de maior coordenação e equidade, o que favorece a ocorrência de algum grau de heterogeneidade entre os entes federados.

Na próxima seção, apontaremos para o padrão de organização das políticas sociais do ponto de vista dos estados brasileiros. Sem a existência de mecanismos transversais robustos para dirimir desigualdades, e considerando as trajetórias diferenciadas nos processos de estruturação de cada governo estadual, espera-se encontrar heterogeneidade entre regiões e entre UFs. Se a heterogeneidade é uma característica esperada, dadas as formulações da literatura e a conformação da Federação brasileira, outra questão que se coloca é como ela se manifesta em cada política analisada.

3 EM QUE MEDIDA OS ARRANJOS CONSTITUÍDOS PARA OFERTAS SOB RESPONSABILIDADE COMUM A ESTADOS E MUNICÍPIOS CONVERGEM ENTRE REGIÕES E UFs?

Em estudos anteriores (Licio *et al.*, 2021a; 2021b), identificamos certa convergência quanto ao perfil dos serviços a serem executados por cada nível de governo na conformação dos sistemas que organizam a oferta dos serviços analisados. Via de regra, serviços básicos foram municipalizados, enquanto aqueles que exigem estrutura mais complexa para sua oferta foram colocados sob responsabilidade comum dos governos subnacionais.[7]

Para cada política, o arranjo decorrente desse compartilhamento fez com que os entes estaduais assumissem com maior ênfase segmentos específicos de ofertas. Na educação, 41,6% da oferta dos anos finais do ensino fundamental é estadual, em comparação a 42,9% dos municípios. Na saúde, os estados respondem por parte importante da produção de internações hospitalares de MAC,[8] além de dividirem com os municípios a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde, independentemente da execução direta ou indireta, supervisionando 41% e 44% das internações hospitalares, respectivamente, na MAC. No campo da assistência social a situação é anacrônica. Os estados fazem pouco do que deveriam fazer nos serviços de proteção social especial de média e alta complexidade, ao mesmo tempo que mantêm ofertas – serviços da proteção social básica e benefícios eventuais – que, segundo o Suas, já deveriam ter sido municipalizadas (Licio *et al.*, 2021a).

Nesta seção, analisamos a atuação dos estados na provisão de serviços cuja responsabilidade é compartilhada com municípios, constatando como ela tem se materializado nas UFs e regiões do país, de modo a identificar eventuais convergências ou heterogeneidades no grau de relevância da provisão estadual no conjunto dos serviços das três políticas analisadas.

3.1 Educação

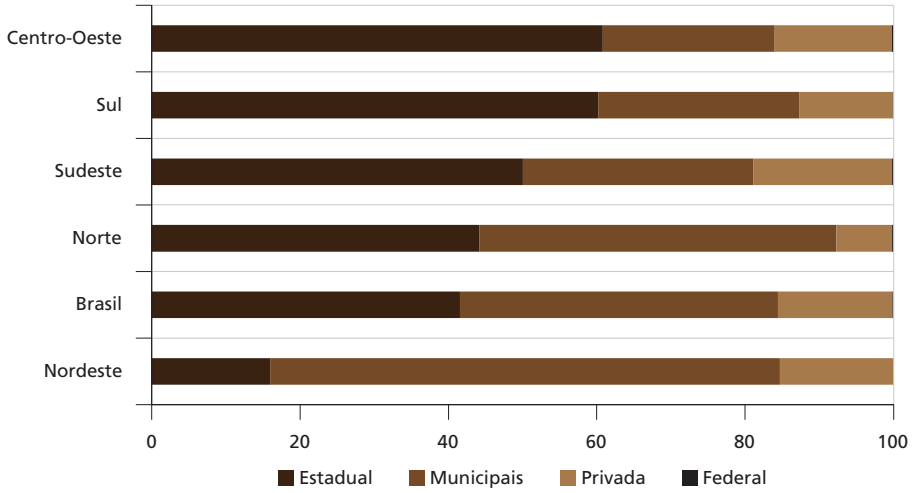
Na educação básica, cabe tanto aos estados quanto aos municípios a responsabilidade pela provisão do ensino fundamental, situação que reflete o modelo de autoridade sobreposta nos termos de Wright (1988) e, como tal, permite que ocorra tanto a cooperação quanto a competição no exercício dessa faculdade. A legislação diz que essa competência é prioritária para os municípios, donde inferimos que a atuação dos estados seja de natureza subsidiária, como de fato se verifica, em 2019, nos 25,7% de matrículas estaduais ante os 56,7% municipais nesse nível de ensino.

7. Vale dizer que a maior parte dos municípios brasileiros possui menos de 20 mil habitantes, e muitos não possuem demanda nem capacidade de oferta para prestar determinados serviços.

8. Na média complexidade, a execução direta é de 24% municipal e 26% estadual, ao passo que na alta complexidade os valores são de 4% municipal e 18% estadual.

No entanto, o quadro se mostra diferente quando desagregamos os dois ciclos que integram o ensino fundamental. Por um lado, a atuação dos entes estaduais enquanto provedores dos seus anos iniciais (1º ao 5º ano) – com 13,1% das matrículas – é bem inferior aos municípios, que respondem por 67,9%. Por outro lado, a distribuição de matrículas nos anos finais (6º ao 9º ano) pende para os municípios, apenas por uma pequena margem, com 41,6% estaduais e 42,9% municipais. O gráfico 1 mostra como essa responsabilidade pela provisão das matrículas estaduais dos anos finais do ensino fundamental se manifesta nas UFs e regiões.

GRÁFICO 1
Regiões e Brasil: matrículas nos anos finais do ensino fundamental, por dependência administrativa
(Em %)



Fonte: Sinopse Estatística da Educação Básica, 2019.

O gráfico 1 revela que os estados respondem pela maior parte das matrículas nos anos finais do ensino fundamental em três das cinco regiões – Centro-Oeste (60,8%), Sul (60,2%) e Sudeste (50,0%). Nesses casos, o resultado do processo de municipalização tem preservado parte significativa da provisão desse nível de ensino sob responsabilidade estadual. Nas demais regiões, prevalecem as matrículas municipais, especialmente na região Nordeste, onde os estados ofertam apenas 16% das matrículas. Na região Norte, a proporção entre matrículas de ambas as redes é mais equilibrada, com pequena diferença a favor das municipais.

Vale ressaltar que os percentuais de matrículas sob responsabilidade do setor privado variam em torno da média nacional de 15%, com menor concentração na região Norte (7,5%) e maior na região Sudeste (18,7%). Cabe ponderar que,

na educação básica, não temos a presença do setor público não estatal (a não ser nas creches, que não estão incluídas no ensino obrigatório). Assim, o setor privado na educação difere do seu equivalente na saúde e assistência social, em que presta serviços públicos e gratuitos operacionalizados por organizações da sociedade civil (OSCs). Via de regra, na educação, a matrícula no setor privado é paga por quem usa. São serviços privados contratados pelo cidadão, que abre mão do seu direito de usufruir da oferta pública para acessar vagas disponíveis no mercado, as quais, no entanto, se sujeitam às regulamentações vigentes e são fiscalizadas pelos conselhos de educação.

A tabela 1 desagrega a distribuição de matrículas dos anos finais do ensino fundamental no nível das UFs e permite apurar em que medida o respectivo arranjo converge ou não com esse padrão regional.

TABELA 1
UFs, regiões e Brasil: matrículas nos anos finais do ensino fundamental, por dependência administrativa

Região	UF	**Total**	Estaduais (%)	Municipais (%)	Federais (%)	Privadas (%)
Brasil		**11.905.232**	**41,6**	**42,9**	**0,1**	**15,4**
Norte		**1.293.990**	44,2	48,1	0,2	7,5
	Rondônia	**119.340**	78,1	14,1	0,0	7,8
	Acre	**66.596**	82,0	13,3	0,3	4,4
	Amazonas	**296.549**	46,7	47,3	0,2	5,8
	Roraima	**43.579**	89,6	3,8	0,5	6,2
	Pará	**604.282**	21,0	70,0	0,2	8,7
	Amapá	**55.645**	85,7	5,6	0,0	8,7
	Tocantins	**107.999**	66,4	26,5	0,0	7,1
Nordeste		**3.508.643**	16,0	68,7	0,1	15,3
	Maranhão	**514.532**	4,4	87,2	0,1	8,4
	Piauí	**204.410**	16,4	70,5	0,0	13,1
	Ceará	**536.726**	2,8	79,7	0,1	17,5
	Rio Grande do Norte	**204.039**	28,2	52,8	0,0	19,0
	Paraíba	**243.284**	27,8	54,7	0,0	17,5
	Pernambuco	**556.925**	25,6	55,2	0,1	19,0
	Alagoas	**209.701**	19,4	65,1	0,0	15,6
	Sergipe	**146.128**	30,0	49,0	0,2	20,8
	Bahia	**892.898**	15,3	71,1	0,0	13,5

(Continua)

(Continuação)

Região	UF	**Total**	Estaduais (%)	Municipais (%)	Federais (%)	Privadas (%)
Sudeste		**4.563.989**	50,0	31,0	0,2	18,7
	Minas Gerais	**1.123.287**	61,1	27,6	0,1	11,1
	Espírito Santo	**221.153**	34,2	53,8	0,0	12,0
	Rio de Janeiro	**851.850**	18,8	52,4	0,7	28,1
	São Paulo	**2.367.699**	57,5	22,9	0,0	19,6
Sul		**1.596.852**	60,2	27,1	0,1	12,6
	Paraná	**630.821**	85,0	1,3	0,1	13,7
	Santa Catarina	**392.182**	45,8	42,3	0,1	11,9
	Rio Grande do Sul	**573.849**	42,8	45,1	0,2	11,9
Centro-Oeste		**941.758**	60,8	23,1	0,2	15,8
	Mato Grosso do Sul	**168.290**	48,6	40,9	0,3	10,2
	Mato Grosso	**212.527**	63,3	25,6	0,0	11,1
	Goiás	**392.673**	59,1	24,1	0,1	16,7
	Distrito Federal	**168.268**	74,0	0,0	0,7	25,3

Fonte: Inep (2020).

A opção pela maior ou menor concentração da provisão das matrículas dos anos finais do ensino fundamental varia não apenas entre as regiões, mas também, em alguns casos, entre UFs de uma mesma região, sugerindo que a trajetória de estruturação da oferta foi mais influenciada por fatores locais que nacionais ou até mesmo regionais.

Com 60,8% das matrículas, o Centro-Oeste é a região com maior proporção de provisão estadual. Dois dos quatro entes integrantes da região – Mato Grosso (63,3%) e Goiás (59,1%) – seguem proporção similar à da região como um todo. No Mato Grosso do Sul, as matrículas estaduais também predominam, mas em patamar inferior às demais UFs da região[9] (48,6%).

Na região Sul, que conta com patamar de matrículas estaduais (60,2%) próximo ao do Centro-Oeste, o Paraná destoa dos seus demais integrantes, visto que possui uma das maiores taxas de matrículas estaduais do país (85%),[10] cerca de duas vezes maior que seus colegas de região – Santa Catarina (45,8%) e Rio Grande do Sul (42,8%).

A região Sudeste é a mais heterogênea em relação ao arranjo para provisão dos anos finais do ensino fundamental. Seus dois estados mais populosos

9. O outro ente que integra o Centro-Oeste é o Distrito Federal onde não há municípios e, portanto, responde por toda a rede pública da educação básica.

10. No Paraná, parece haver uma espécie de acordo entre as redes para que o estado seja praticamente o único provedor dos anos finais do ensino fundamental. Os municípios respondem por pouco mais de 1% desse segmento.

possuem atuação estadual predominante nesse segmento – São Paulo com 57,5% e Minas Gerais com 61,1% de matrículas estaduais. As duas outras UFs apresentam atuação estadual menos importante – Espírito Santo com 34,2% e Rio de Janeiro com 18,8%. Inclusive, neste último, a atuação estadual chega a ser inferior à do setor privado, que em 2019 chegou a 28,1%, constituindo a maior proporção de matrículas privadas nesse ciclo de ensino entre as UFs do Brasil.

A presença estadual nos anos finais do fundamental na região Norte também é forte em boa parte das UFs, com exceção do estado do Pará, onde apenas 21% das matrículas são estaduais. Estados que já foram territórios federais (Acre, Rondônia, Roraima e Amapá), além do Tocantins – mais recente UF constituída em nossa Federação – ofertam mais de dois terços das matrículas dos anos finais do ensino fundamental. O Amazonas também conta com boa parte das matrículas estaduais desse segmento (46,7%) – apenas 0,5% inferior ao total de matrículas municipais.

A região Nordeste, por fim, é onde os entes estaduais são menos ativos na provisão dos anos finais do ensino fundamental, especialmente no Ceará (2,8%) e no Maranhão (4,4%), os quais respondem por proporção inferior às respectivas matrículas do setor privado (que em 2019 foram 17,5% e 8,4%, respectivamente). Nas demais UFs do Nordeste, a proporção de matrículas estaduais varia entre 15,3% na Bahia e 30% no Sergipe.

Os estados constituem os principais provedores nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, além de alcançar proporção muito próxima das matrículas municipais na região Norte. No entanto, quando analisamos por UF, vemos que apenas em duas regiões há um perfil mais homogêneo, seja em um, seja em outro sentido. No Centro-Oeste, os estados são os principais provedores. Já no Nordeste são os municípios.

Outras UFs seguem padrões distintos das demais colegas de região. No Sudeste, onde predominam as matrículas estaduais, Rio de Janeiro e Espírito Santo se destacam pela maior municipalização. Na região Norte, também com atuação estadual importante, o Pará apresenta mais de três quartos da rede municipalizada.

Analisando-se fora da esfera regional é possível identificar UFs – Roraima, Acre, Amapá e Paraná – que possuem mais de 80% de matrículas estaduais, enquanto apenas no Maranhão as matrículas municipais são superiores a 80%. Em três UFs – Maranhão, Ceará e Rio de Janeiro – as matrículas estaduais são tão marginais que perdem para a rede privada. Amapá, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul possuem uma proporção bastante dividida de matrículas estaduais e municipais – ambas em torno de 40% – o que, a depender da sua distribuição no território, aponta para a relevância da ação coordenadora estadual, de modo a garantir um padrão da qualidade dos resultados educacionais no seu território.

Tal função coordenadora também é relevante nos casos de expressiva municipalização das matrículas, dado que o funcionamento de redes autônomas num mesmo território pode resultar em desigualdades e baixa efetividade da oferta educacional (Licio e Pontes, 2020).

3.2 Saúde

Seguindo a orientação da CF/1988 para as demais políticas universais, a saúde priorizou a descentralização com ênfase na municipalização. Enquanto a responsabilidade pela gestão e prestação de serviços da atenção básica é prioritariamente municipal, na assistência de MAC ambulatorial e hospitalar isso depende do modelo de regionalização adotado em cada UF.

Com isso, em termos de provisão de serviços, coube aos estados atuar em caráter de exceção, isto é, em áreas estratégicas ou quando a ausência de serviços municipais assim justificasse. Embora faça sentido em termos de princípios organizativos, nos termos do modelo de autoridade sobreposta de Wright (1988), na prática essa forma de compartilhamento deixa muita discricionariedade aos entes sobre como se organizar, demandando instrumentos de coordenação que incentivem cooperação e complementaridade para que não sejam geradas fragmentação da oferta, omissões e desigualdade na garantia de acesso ao direito à saúde.

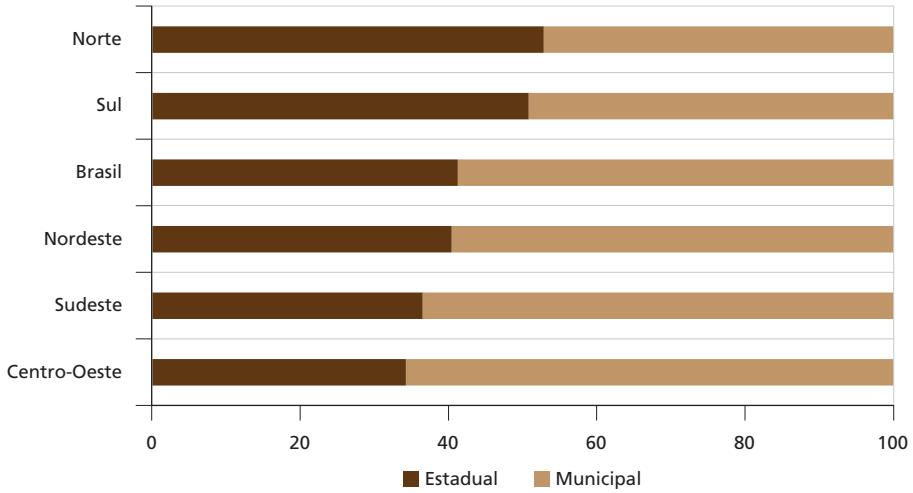
Neste capítulo, optamos por analisar a atuação dos estados tanto no seu papel na gestão quanto na provisão de internações hospitalares da MAC. A execução de serviços de uma unidade de saúde pode ser conceituada segundo o agente que o gerencia, que atua com prestador do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual pode ser público, privado ou filantrópico. A unidade de saúde que atua nos serviços de MAC, por sua vez, deve estar sob responsabilidade de um único gestor de saúde (que pode ser o estado ou o município), como determina o comando único do SUS no art. 9º da Lei nº 8.080/1990.

Em estudo anterior (Licio *et al.*, 2021b), no qual analisamos a trajetória de estruturação das ofertas estaduais, identificamos que no intervalo de 2014 e 2019 o município foi responsável pela gestão da maior parte do volume de internações hospitalares executados, tanto da média como da alta complexidade, mantendo certo protagonismo quando comparado à atuação dos estados.

Neste capítulo, aprofundaremos a análise das internações de MAC de 2019, com base nos dados sobre as ofertas públicas desses serviços. Nesse ano, os estados foram responsáveis por 41,2% da assistência ofertada (gráfico 2). A análise por regiões, todavia, mostra que esse não é um padrão homogêneo. As regiões Norte (52,8%) e Sul (50,8%) se caracterizam pela predominância da

gestão estadual. Nas regiões Centro-Oeste (34,2%), Sudeste (36,5%) e Nordeste (40,4%), os estados, embora minoritários, assumem pelo menos um terço das internações hospitalares.

GRÁFICO 2
Regiões e Brasil: total de internações hospitalares de MAC por nível de gestão – rede SUS (2019)
(Em %)



Fonte: SIH/SUS.
Obs.: Total de autorização de internação hospitalar (AIH) aprovado por nível de gestão e região (2019).

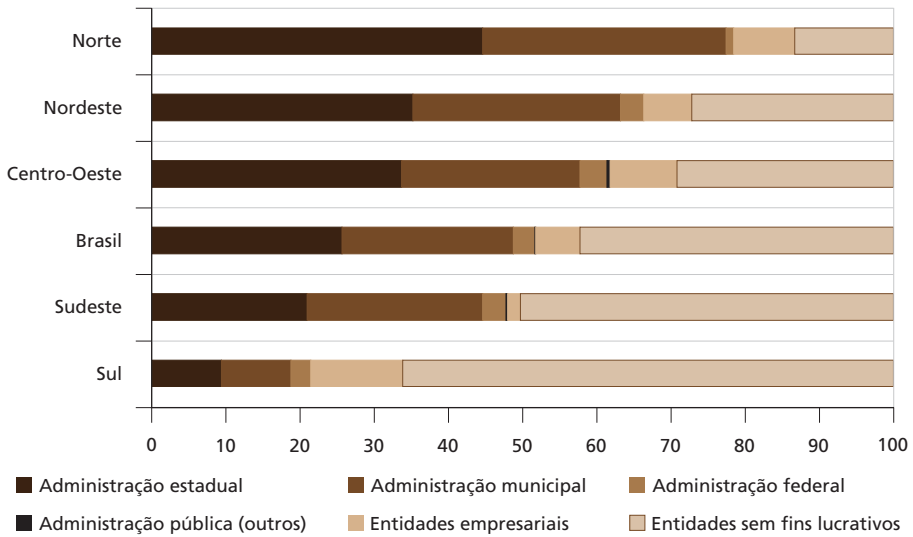
Já a perspectiva da execução direta[11] das internações hospitalares, ilustrada no gráfico 3, também revela nuances da inserção estadual no conjunto de prestadores. Ou seja, embora responsáveis pela gestão de mais de 40% da produção hospitalar de MAC – 41% para a média e 44% para a alta complexidade, conforme Licio *et al.* (2021b) –, os estados executam diretamente parte bem menor dos serviços, equivalente a 25,6% do total, superando, no entanto, a esfera municipal, que executa apenas 21,4%.

A maior parte foi executada pela rede privada contratada, principalmente entidades sem fins lucrativos (ou OSCs), que concentraram 42,3% de toda a produção hospitalar em 2019. Nas regiões Norte (44,6%), Nordeste (35,1%) e Centro-Oeste (33,6%), os estados também se destacaram ao concentrar a maior parte da execução direta da produção hospitalar (gráfico 3). Nas demais regiões é mais forte a presença de entidades sem fins lucrativos.

11. No SIH, o termo esfera jurídica é designado para designar o prestador responsável pela execução direta dos serviços hospitalares de MAC.

Cabe esclarecer que, apesar das mudanças institucionais nas últimas décadas, historicamente, ainda há uma forte relação entre o setor público e privado na provisão de serviços de saúde no Brasil, inclusive da rede hospitalar (Santos e Gerschman, 2004), e especialmente nos procedimentos de custos mais elevados (Lima *et al.*, 2017).

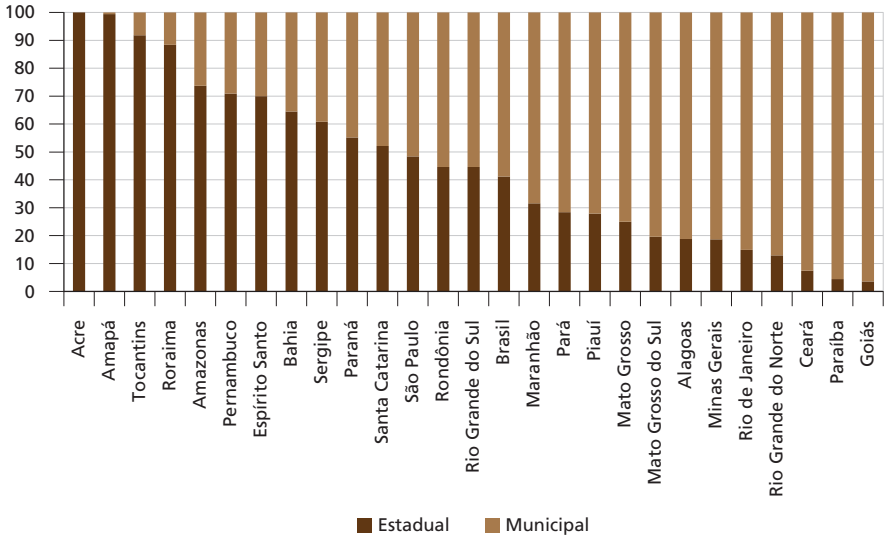
GRÁFICO 3
Regiões e Brasil: total de internações hospitalares de MAC por esfera jurídica: execução direta – rede SUS[1] (2019)
(Em %)



Fonte: SIH/SUS.
Nota: [1] Os dados sobre saúde tratados nesta seção se referem apenas ao SUS. Desse modo, as ofertas executadas por entidades empresariais ou entidades sem fins lucrativos indicadas dizem respeito ao que foi contratado pelo SUS, não pelos cidadãos que optam pelo mercado privado.
Obs.: 1. Total de AIH aprovado por esfera jurídica e região (2019).
2. Entidades empresariais: empresa pública ou sociedade de economia mista e demais entidades empresariais.

Como podemos observar, no arranjo da política de saúde há uma multiplicidade de agentes (tanto públicos quanto privados) na prestação de internações de MAC, que atuam sob a gestão dos estados ou dos municípios. Essa diversidade tem configurado modelos distintos de organização da oferta nas diferentes regiões do país, que podem assumir arranjos bastante específicos, bem diferentes do nacional. O gráfico 4 e a tabela 2 apresentam esses dados por UFs, permitindo analisar a gestão das internações hospitalares dentro de cada região.

GRÁFICO 4
UFs: total de internações hospitalares por nível de gestão – rede SUS (2019)
(Em %)



Fonte: SIH/SUS.
Obs.: Total de AIH aprovado por nível de gestão e UF (2019).

TABELA 2
UFs, regiões e Brasil: total de internações hospitalares por esfera jurídica (execução direta) – rede SUS (2019)

Região	UF	**Total**	Federal (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	Público – outros (%)	Sem fins lucrativos (%)	Empresariais (%)
Brasil		**12.352.809**	**2,9**	**25,6**	**23,1**	**0,1**	**42,3**	**6**
Norte		**1.015.938**	1	44,6	32,8		13,3	8,2
	Rondônia	**122.900**	0	36,4	53,6		8	1,9
	Acre	**44.589**	0	85,9	0		14,1	0
	Amazonas	**196.792**	3,1	70,7	23,3		2,7	0,3
	Roraima	**44.672**	0	84,7	11,6		0	3,7
	Pará	**484.950**	0,9	19,6	43,3		20,2	15,9
	Amapá	**40.876**	0	83,8	0,6		15,6	0
	Tocantins	**81.159**	0	78,4	8,2		11,6	1,8
Nordeste		**3.302.178**	3,1	35,1	28		27,2	6,5
	Maranhão	**465.752**	2,2	26,5	57,6		6,7	7,1
	Piauí	**220.790**	0	50,3	30,4		9,8	9,5
	Ceará	**531.283**	4	21,3	30,8		41,9	2

(Continua)

(Continuação)

Região	UF	**Total**	Federal (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	Público – outros (%)	Sem fins lucrativos (%)	Empresariais (%)
Nordeste		**3.302.178**	3,1	35,1	28		27,2	6,5
	Rio Grande do Norte	**185.363**	11,1	40,3	12,1		28	8,6
	Paraíba	**191.653**	3,2	41,5	28,4		14,4	12,5
	Pernambuco	**584.561**	4,3	51,6	13,3		28,8	2
	Alagoas	**177.680**	4,6	18,8	10		38,1	28,5
	Sergipe	**94.923**	0	40,9	1		47,9	10,1
	Bahia	**850.173**	1,4	33,6	29,8		30,8	4,5
Sudeste		**4.897.468**	3,2	20,9	23,7	0,2	50,3	1,7
	Minas Gerais	**1.290.969**	3,3	6,3	18,6		68,2	3,7
	Espírito Santo	**247.180**	4,6	34,2	8		52,3	0,8
	Rio de Janeiro	**752.837**	13,4	16,7	47,3		18,6	4
	São Paulo	**2.606.482**	0	28,1	20,9	0,4	50,5	0,2
Sul		**2.180.845**	2,7	9,3	9,4		66,2	12,4
	Paraná	**896.060**	2,7	11,8	10,3		57,1	18
	Santa Catarina	**513.217**	2,3	18,6	8,2		69,3	1,5
	Rio Grande do Sul	**771.568**	2,8	0,2	9,1		74,7	13,2
Centro-Oeste		**956.380**	3,6	33,6	24,1	0,4	29,2	9
	Mato Grosso do Sul	**178.522**	4,9	13	19,2		55,7	7,2
	Mato Grosso	**196.702**	1,9	19,7	36,6	2,1	33,2	6,4
	Goiás	**350.564**	3,5	22,1	35,4		21,9	17,2

Fonte: SIH/SUS.

Obs.: 1. Total de AIH aprovado por esfera jurídica, região e UF (2019).

2. Entidades empresariais: empresa pública ou sociedade de economia mista e demais entidades empresariais. Já outros referem-se aos não categorizados pelo próprio sistema (SIH).

Na região Norte, onde os estados respondem por 44,6% da gestão das internações hospitalares de MAC, coexistem diferentes arranjos na provisão desses serviços (gráfico 4). Nos estados do Acre (100%), Tocantins (91,8%), Amapá (99,4%) e Roraima (88,4%), a gestão é quase que exclusivamente estadual, sendo também importante no estado do Amazonas (73,7%). A tabela 2 mostra que as UFs que concentram os maiores percentuais de gestão de internações pelo nível estadual são também os que dispõem de maior rede própria: Acre (85,9%), Roraima (84,7%), Amapá (83,8%) e Tocantins (78,4%). Pará é a UF que possui atuação estadual menor, com 28,4% da gestão e execução direta de 19,6% do total de serviços, destoando dos demais estados dessa região.

Conforme vimos no gráfico 2, a região Nordeste é a que mais se aproxima do perfil nacional em termos de percentual de gestão estadual das internações de MAC. Todavia, não encontramos uniformidade entre suas UFs no gráfico 4. De um lado, em Pernambuco, o estado teve atuação significativa, sendo responsável pela gestão de 70,9% do volume de internações e executando diretamente 51,6% do total. Na Bahia (64,5%) e em Sergipe (60,8%), os estados também são responsáveis pela maior parte da gestão, com papel relevante, ainda, na execução direta de serviços hospitalares – respondendo por 33,6% e 40,9%, respectivamente. De outro lado, estão estados que atuam de maneira coadjuvante, em alguns casos até residual, na gestão: Ceará (7,4%), Alagoas (18,8%), Paraíba (4,4%) e Rio Grande do Norte (12,9%) e Maranhão (31,6%). Na execução direta desses serviços há também uma grande diversidade (tabela 2). Piauí (50,3%), Paraíba (41,5%) e Rio Grande do Norte (40,3%) se destacam como estados que executaram a maior parte das internações hospitalares em 2019, enquanto Alagoas (18,8%) e Maranhão (26,5%) apresentam percentuais mais próximos do total de serviços que estão sob suas respectivas gestões.

O gráfico 4 mostra que a região Centro-Oeste se destaca das demais por apresentar relativa uniformidade entre os estados, onde todos têm atuado de maneira secundária ou até residual na gestão do volume de internações – Goiás (3,6%), Mato Grosso (25,0%) e Mato Grosso do Sul (19,6%). Seguindo essa tendência, a provisão de serviços tem se concentrado principalmente na rede municipal, no caso de Mato Grosso (36,6%) e Goiás (35,4%), e na rede filantrópica, no caso do Mato Grosso do Sul (55,7%).

A gestão estadual das internações na região Sul também é bastante relevante (50,8%), segundo o gráfico 2, sendo mais importante no Paraná (55,2%) e em Santa Catarina (52,1%), enquanto no Rio Grande do Sul responde por 44,6% (gráfico 4). No que se refere à execução direta, a participação dos estados é bem menor – Paraná (11,8%), Santa Catarina (18,6%) e Rio Grande do Sul (0,2%). A forte presença de entidades filantrópicas é uma característica dessa região do país.

Na região Sudeste há certa heterogeneidade no tipo de inserção estadual na gestão de internações hospitalares. Minas Gerais (18,7%) e Rio de Janeiro (14,9%) se destacam por atuarem de maneira mais secundária. Essa baixa atuação se reflete também na execução direta: em Minas Gerais, estado com forte presença de entidades filantrópicas na execução desses serviços, o gestor estadual proveu diretamente apenas 6,3% dos serviços hospitalares, enquanto no Rio de Janeiro esse índice foi de 16,7%. Já no Espírito Santo a presença do estado tem sido relevante (70%) e, ainda que as entidades filantrópicas sejam responsáveis por executar 52,3% das internações, é o estado da região com maior índice de execução direta por esse ente (34,2%). Em São Paulo, que realizou a gestão de 48,4% do volume

de internações hospitalares, o ente estadual superou os municípios (20,9%) na provisão direta desses serviços, com 28,1%.

Achado intrigante na comparação entre o gráfico 4 e a tabela 2, a ser melhor investigado, são as UFs cuja participação estadual na execução dos serviços é maior que a própria responsabilidade pela gestão: caso de Goiás, Rio de Janeiro e vários estados do Nordeste (Ceará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte). Para tanto, faz-se necessário conhecer melhor os instrumentos que o estado mobiliza para coordenar esse nível de complexidade, tais como a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), as pactuações, e a organização das regiões de saúde e das redes de atenção.

Tal como postulamos em relação à expectativa de heterogeneidade, constatamos diferentes perfis de atuação dos estados na produção de internações hospitalares de MAC. Na maior parte das regiões coexistem perfis distintos entre as UFs. No Nordeste, algumas apresentam forte municipalização da gestão de internações hospitalares, caso de Ceará e Paraíba; em outros, há prevalência da atuação dessa esfera de governo (Pernambuco, por exemplo), superando a atuação dos municípios e concentrando a maior parcela da execução dos serviços ofertados sob sua gestão. Na execução direta, alguns estados mantiveram uma rede própria considerável, como é o caso de Piauí e Pernambuco. Essa diversidade de arranjos também é observada na região Sudeste. Enquanto em São Paulo há relativo compartilhamento entre estados e municípios na gestão do volume de internações, em Minas Gerais e Espírito Santo a atuação da esfera estadual de governo tem sido residual. Por sua vez, no Rio de Janeiro, o estado tem sido o principal responsável pela execução direta das internações hospitalares.

Nas demais regiões há relativa uniformidade entre as UFs. No Sul, a gestão dessa rede é relativamente compartilhada entre estados e municípios, prevalecendo a gestão estadual em Santa Catarina e Rio Grande do Sul e a gestão municipal no Paraná. A forte presença de entidades filantrópicas na prestação de serviços também é observada nessa região. No Norte do país, a maior parte dos estados tem atuação relevante tanto na gestão quanto na execução das internações hospitalares. Quanto à assistência hospitalar, observa-se, nessa região, participação mais efetiva de serviços governamentais, sejam estaduais, sejam municipais, em contrapartida à atuação ínfima de entidades sem fins lucrativos. Já na região Centro-Oeste, nota-se um perfil mais uniforme de atuação estadual, de maneira subsidiária à municipal.

Essa diversidade de arranjos resulta na configuração de diferentes modelos de organização da oferta e, consequentemente, de regionalização pelo Brasil. A promoção da integração e da cooperação para garantir o acesso da população à integralidade das ofertas de saúde torna-se, assim, mais um desafio da coordenação nacional da política de saúde (Jaccoud e Meneses, 2020).

3.3 Assistência social

Das três políticas analisadas, a assistência social é a que se estruturou há menos tempo. Como tal, enfrenta desafios maiores de universalização, em especial porque é a única das três políticas que não conta com orçamento garantido por mínimos constitucionais.[12] As responsabilidades estaduais no âmbito da sua gestão só ficaram mais esclarecidas a partir da regulamentação do Suas, em 2005 (Jaccoud *et al.*, 2020).

Tal como ocorre na educação e na saúde, na forma do modelo de autoridade sobreposta (Wright, 1988), a competência comum de estados e municípios na provisão de serviços da assistência social se organiza de tal forma que a atuação estadual ocorre de maneira subsidiária aos municípios e apenas no nível da proteção social especial de média e alta complexidade, devendo ser mobilizada caso a estrutura local não apresente demanda ou recursos suficientes que justifiquem uma oferta própria. Nesse caso, o estado fica responsável por organizar estratégias de regionalização de modo a estruturar uma oferta que atenda a determinado conjunto de municípios. Essa função estadual preconiza a articulação política, técnica e operacional com os municípios e o desempenho do apoio técnico e financeiro das regiões de assistência social – Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 31/2013 –, de modo a lidar com eventuais lacunas, sobreposições e desigualdades e garantir o acesso ao direito à assistência social com um padrão mínimo de qualidade em todo o seu território.

De maneira geral, verifica-se em 2019 um baixo envolvimento dos estados na gestão da política – apenas oito informaram executar serviços de média complexidade e dezenove reportaram serviços de alta complexidade (Licio *et al.*, 2021b).

Cabe explicar que, embora analisemos nesse trabalho o envolvimento estadual na provisão de serviços de média e alta complexidade na saúde e na assistência social, há uma diferença na unidade de análise considerada. Na primeira, ambos os níveis de complexidade produzem serviços hospitalares; o que os difere é o grau de dificuldade em que se estrutura uma internação simples (média complexidade) ou uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (alta complexidade), por exemplo. No caso da assistência social, as unidades de apuração dos serviços prestados são diferentes, segundo o nível de complexidade – via de regra, a média faz atendimentos e a alta, acolhimentos, o que demanda diferentes estruturas para sua execução.

Os serviços de média complexidade na assistência social são operados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), cuja gestão é de natureza pública e governamental, o que quer dizer que esses equipamentos são

12. A CF/1988 prevê vinculação de receitas mínimas para gasto apenas em saúde e educação. No caso dos governos estaduais esses percentuais são de 12% e 25%, respectivamente.

geridos pelo poder público diretamente, não por OSCs. Cofinanciado pelo governo federal, mas executado em sua maior parte pelos municípios, o Creas pode ser implantado em municípios acima de 20 mil habitantes (pequeno porte II, médio e grande porte, metrópoles), ou até em municípios menores (pequeno porte I),[13] quando a demanda local assim justificar.

Estratégias de regionalização da oferta e de cofinanciamento conduzidas pelos estados permitem a instalação do Creas regional – equipamento que visa atender a um conjunto de municípios de pequeno porte I, contíguos (máximo oito).

TABELA 3
UFs e Brasil: quantidade e tipo de Creas (2019)

Região	UF	**Total**	Municipal	(%)	Regional	(%)
Brasil		**2.723**	**2.689**	**98,8**	**34**	**1,2**
Norte		**261**	260	99,6	1	0,4
	Acre	**12**	12	100,0	-	0,0
	Amapá	**12**	12	100,0	-	0,0
	Amazonas	**54**	54	100,0	-	0,0
	Pará	**124**	124	100,0	-	0,0
	Rondônia	**20**	20	100,0	-	0,0
	Roraima	**15**	15	100,0	-	0,0
	Tocantins	**24**	23	95,8	1	4,2
Nordeste		**1.056**	1.028	97,3	28	2,7
	Alagoas	**97**	97	100,0	-	0,0
	Bahia	**231**	231	100,0	-	0,0
	Ceará	**115**	113	98,3	2	1,7
	Maranhão	**121**	121	100,0	-	0,0
	Paraíba	**103**	77	74,8	26	25,2
	Pernambuco	**185**	185	100,0	-	0,0
	Piauí	**72**	72	100,0	-	0,0
	Rio Grande do Norte	**55**	55	100,0	-	0,0
	Sergipe	**77**	77	100,0	-	0,0
Sudeste		**745**	740	99,3	5	0,7
	Espírito Santo	**76**	76	100,0	-	0,0
	Minas Gerais	**253**	248	98,0	5	2,0
	Rio de Janeiro	**118**	118	100,0	-	0,0
	São Paulo	**298**	298	100,0	-	0,0

(Continua)

13. Na política de assistência social, os portes de municípios são definidos de acordo com a população residente: pequeno I (até 20 mil habitantes), pequeno II (20.001 a 50 mil habitantes), médio (50.001 a 100 mil habitantes), grande (100.001 a 900 mil habitantes) e metrópole (acima de 900 mil habitantes).

(Continuação)

Região	UF	**Total**	Municipal	(%)	Regional	(%)
Sul		**423**	423	100,0	-	0,0
	Paraná	**191**	191	100,0	-	0,0
	Rio Grande do Sul	**131**	131	100,0	-	0,0
	Santa Catarina	**101**	101	100,0	-	0,0
Centro-Oeste		**238**	238	100,0	-	0,0
	Distrito Federal	**11**	11	100,0	-	0,0
	Goiás	**110**	110	100,0	-	0,0
	Mato Grosso	**45**	45	100,0	-	0,0
	Mato Grosso do Sul	**72**	72	100,0	-	0,0

Fonte: Censo Suas 2019.

Havia, em 2019, 2.723 Creas no Brasil, em sua maioria geridos por municípios. Destes, apenas 34 equipamentos eram regionais e, portanto, sob gestão estadual (1,2% do total), sendo 26 deles localizados na Paraíba – onde representam um quarto do total de Creas no respectivo território. Além da Paraíba, apenas três outras UFs possuíam Creas regionais – Ceará, Minas Gerais e Tocantins –, porém com uma presença muito mais residual. Vale ressaltar que não há Creas regionais em nenhuma das UFs das regiões Sul e Centro-Oeste.

Dados do Censo Suas 2020[14] mostram que a cobertura dos Creas nos municípios com mais de 20 mil habitantes (pequeno II, médio e grande porte, metrópole) avançou significativamente desde a sua criação pelo Suas, de modo que sua quase totalidade (mais de 97%) conseguiu estruturar ofertas de média complexidade em seu território. Todavia, a cobertura dos Creas nos municípios de pequeno porte I, que deve ser conduzida pelos governos estaduais, permanece como desafio para a política de assistência social, tendo em vista que mais de dois terços desses municípios (2.843 ou 72,5%) não estão referenciados a esse tipo de equipamento.[15]

A principal oferta do Creas é o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), que oferece ações de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. A tabela 4 mostra que, no geral, a atuação estadual no Paefi mediante Creas regionais é ínfima, representando menos de 2% do total de atendimentos realizados no país em 2019. A exceção fica por conta da Paraíba, que, com a maior cobertura relativa de Creas, registrou cerca de um terço dos atendimentos Paefi realizados no território.

14. Cabe esclarecer que não foram localizadas informações sobre a cobertura dos Creas regionais para o ano de 2019. Neste caso, optamos por utilizar os dados do ano subsequente, mesmo não integrando o recorte temporal deste estudo, considerando a sua relevância para compreender o processo de regionalização na política de assistência social.

15. Segundo o Censo Suas 2020, os 34 Creas regionais sob gestão estadual atendiam apenas 204 municípios vinculados.

TABELA 4
Atendimentos no Paefi/Creas (2019)

Região	UF	**Total**	Creas regional (%)	Creas municipal (%)
Brasil		**3.585.469**	**1,8**	**98,2**
Norte		**292.675**	0,1	99,9
	Acre	**9.300**	-	100,0
	Amapá	**6.882**	-	100,0
	Amazonas	**49.254**	-	100,0
	Pará	**176.194**	-	100,0
	Rondônia	**25.278**	-	100,0
	Roraima	**15.674**	-	100,0
	Tocantins	**10.093**	3,9	96,1
Nordeste		**1.136.716**	5,0	95,0
	Alagoas	**47.560**	-	100,0
	Bahia	**262.483**	-	100,0
	Ceará	**137.147**	2,7	97,3
	Maranhão	**105.018**	-	100,0
	Paraíba	**159.108**	33,2	66,8
	Pernambuco	**245.362**	-	100,0
	Piauí	**67.670**	-	100,0
	Rio Grande do Norte	**57.145**	-	100,0
	Sergipe	**55.223**	-	100,0
Sudeste		**1.360.912**	0,5	99,5
	São Paulo	**580.740**	-	100,0
	Rio de Janeiro	**262.644**	-	100,0
	Espírito Santo	**104.158**	-	100,0
	Minas Gerais	**413.370**	1,8	98,2
Sul		**523.864**	-	100,0
	Paraná	**233.378**	-	100,0
	Rio Grande do Sul	**164.324**	-	100,0
	Santa Catarina	**126.162**	-	100,0
Centro-Oeste		**271.302**	-	100,0
	Distrito Federal	**6.354**	-	100,0
	Goiás	**133.525**	-	100,0
	Mato Grosso	**38.872**	-	100,0
	Mato Grosso do Sul	**92.551**	-	100,0

Fonte: Censo Suas 2019.

Assim, ainda que oito estados tenham indicado, no Censo Suas, atuar em serviços da média complexidade em 2019, apenas quatro deles (Ceará, Minas Gerais, Paraíba e Tocantins) o fazem mediante a provisão do Paefi – principal serviço alocado no Creas regional, que, por sua vez, é o principal equipamento destinado a esse nível de complexidade. Tanto os dados sobre Creas quanto do Paefi revelam que as estratégias de regionalização adotadas para a expansão dos Creas nos pequenos municípios, sob comando estadual, não têm sido bem-sucedidas, de modo que somente a Paraíba conseguiu ter algum destaque nesse sentido.

No caso da alta complexidade, a política de assistência social atua em situações de violações de direitos, nas quais os vínculos familiares encontrem-se rompidos, operando na forma de serviços de acolhimento destinados a públicos diferenciados (adultos/famílias, idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, mulheres que sofreram violência etc.).

A oferta do serviço de acolhimento deve ser municipal nos casos daqueles com mais de 50 mil habitantes (médio e grande porte, metrópoles). Para municípios de pequeno porte I e II, a estratégia prevê a oferta regionalizada dos serviços de acolhimento, sob responsabilidade estadual, mediante a qual cada serviço ou unidade de acolhimento pode atender de dois a oito municípios de uma mesma região. Segundo o regulamento que orienta as estratégias de regionalização desse serviço – Resolução CNAS nº 31/2013 –, o ente estadual é responsável pela sua organização, estruturação, coordenação e prestação. A execução do serviço em si, no entanto, pode ocorrer de várias formas: diretamente, pelo próprio ente estadual; indiretamente, por meio de OSCs; ou, ainda, em regime de cooperação com os municípios da área de abrangência da regionalização, caso dos consórcios intermunicipais.

Antes do Suas, era relativamente comum os estados ofertarem serviços de acolhimento em capitais e grandes municípios (Silva, 2004). Com o reordenamento desses serviços promovido na última década, os entes estaduais se comprometeram a municipalizá-los, restringindo sua oferta aos serviços regionalizados. A título de exemplo, Licio *et al.* (2021c) identificaram redução significativa no número de serviços estaduais de acolhimento de crianças e adolescentes nos primeiros anos de apuração do Censo Suas – que, de 86 unidades em 2010, passou a contar com apenas 27 delas em 2012.

A tabela 5 mostra, para 2019, a distribuição dos serviços de acolhimento entre as regiões, segundo o ente responsável pela sua gestão.

TABELA 5
Regiões e Brasil: serviços de acolhimento, segundo ente responsável pela sua gestão (2019)

Região	**Total**	Estadual	Municipal	Outros[1]
Norte	**241**	19	209	13
Centro-Oeste	**516**	6	510	-
Nordeste	**748**	47	701	-
Sul	**1.179**	3	1.176	-
Sudeste	**3.084**	55	3.029	-
Brasil	**5.768**	**130**	**5.625**	**13**

Fonte: Censo Suas 2019.
Nota: [1] Serviços de acolhimento de imigrantes, sob gestão federal, identificados como outros no Censo Suas.

Havia, em 2019, 5.768 serviços ou unidades de acolhimento socioassistenciais no Brasil, concentradas especialmente nas regiões Sul e Sudeste e, em sua maior parte, sob gestão municipal. Observa-se que a oferta estadual desses serviços é ínfima – são 130 serviços geridos por esses entes, o que equivale a 2,3% do total nacional – cenário semelhante em todas as regiões. Vale dizer que, na região Norte, Roraima registra situação especial na qual há serviços de acolhimento que atendem ao público de migrantes venezuelanos e, como tal, não são geridos pelo estado ou pelos municípios.[16]

TABELA 6
Regiões e Brasil: serviços de acolhimento, segundo agente responsável pela sua operacionalização (2019)
(Em %)

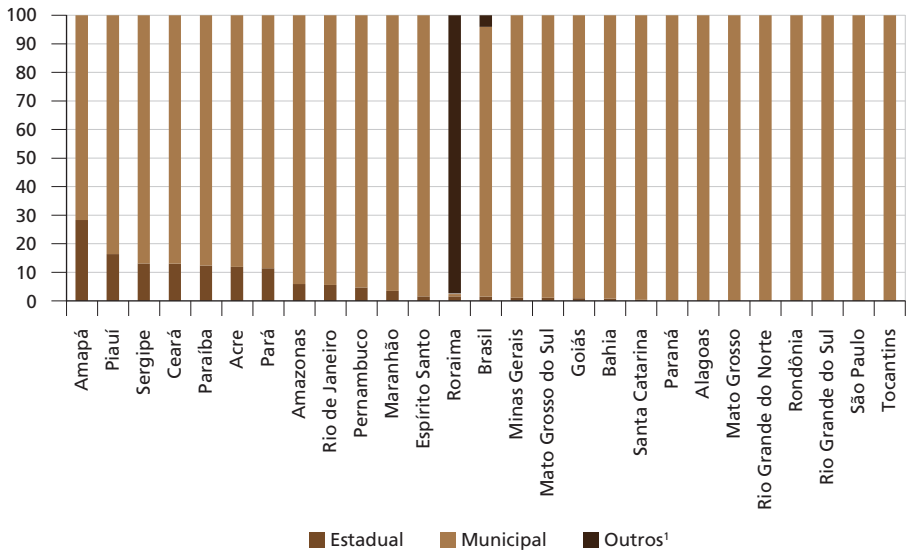
	Estadual		Municipal	
	Governo	OSC	Governo	OSC
Norte	100	-	80	20
Centro-Oeste	100	-	50	50
Nordeste	77	23	49	51
Sul	67	33	43	57
Sudeste	13	87	25	75
Brasil	**54**	**46**	**36**	**64**

Fonte: Censo Suas 2019.

16. Parte da Operação Acolhida, os serviços de acolhimento de migrantes venezuelanos instalados em Roraima funcionam sob gestão compartilhada entre Ministério da Cidadania, Forças Armadas e Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Mais informações disponíveis em: <https://www.gov.br/acolhida/historico/>.

A quantidade de vagas por serviço depende do tipo de público alcançado. Para crianças e adolescentes, por exemplo, o limite máximo é de vinte vagas por unidade de acolhimento institucional. Para adultos e famílias esse número pode chegar a cinquenta. O gráfico 5 mostra a distribuição das vagas nos serviços de acolhimento por UFs, segundo ente responsável pela gestão. Para tanto, considera o conjunto total das vagas oferecidas, independentemente do tipo de público alcançado.

GRÁFICO 5
UFs, regiões e Brasil: vagas em serviços de acolhimento institucional, segundo ente responsável pela gestão (2019)
(Em %)



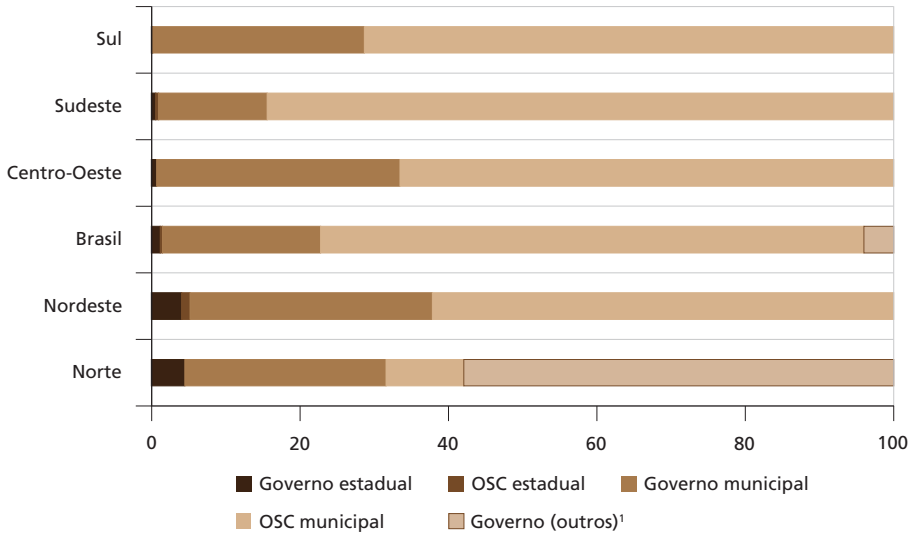
Fonte: Censo Suas 2019.
Nota: [1] Serviços de acolhimento de imigrantes, sob gestão federal, identificados como outros no Censo Suas.

A sequência das UFs está organizada segundo o percentual de vagas estaduais oferecidas no seu território. Sete estados não gerem nenhuma unidade de acolhimento (Tocantins, Rondônia, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Alagoas e Mato Grosso) e, portanto, não registram vagas. Vale dizer que Rondônia contrasta com os demais colegas de região visto que, embora também seja ex-território federal – nos quais predominam as provisões estaduais da educação e da saúde –, registra oferta apenas municipal. Amapá segue como a UF com maior proporção de vagas estaduais de acolhimento (28,3%). Roraima é a única UF em que o estado oferta mais vagas que os municípios. No entanto, a condição do atendimento diferenciado aos imigrantes venezuelanos faz com que deva ser analisada de maneira reservada, visto que as unidades de acolhimento

específicas para esse público são mais populosas – o que subestima a participação dos demais níveis de governo na oferta de vagas nesse território.

Cabe analisar, ainda, as vagas disponibilizadas pelos serviços de acolhimento, segundo a natureza do agente que executa o serviço, o qual pode ser governamental ou por meio de OSC.

GRÁFICO 6
Regiões e Brasil: vagas em serviços de acolhimento institucional, segundo agente prestador (2019)
(Em %)



Fonte: Censo Suas 2019.
Nota: [1] Serviços de acolhimento de imigrantes, sob gestão federal, identificados como outros no Censo Suas.

O gráfico 6 mostra que, no Brasil, a maior parte das vagas de acolhimento é executada por OSCs municipais. Tal arranjo se repete nas demais regiões, com exceção da região Norte, onde predominam as vagas destinadas a imigrantes em Roraima, executadas por parceria do governo federal. Vagas estaduais de acolhimento são marginais e só apresentam algum destaque nas regiões Norte e Nordeste, onde representam 4,5% e 4,1% do total ofertado, respectivamente.

A regionalização da oferta dos serviços de acolhimento a cargo dos governos estaduais deixa a desejar. Em 2019, a maior parte dos serviços estaduais (74,6%) também segue localizada em municípios de médio e grande porte e metrópoles. Cerca de três quartos dos municípios de pequeno porte I (2.831 municípios), os quais deveriam estar vinculados a serviços estaduais, ainda não possuem oferta estadual referenciada desse serviço.

Em suma, a atuação estadual nos serviços analisados tem sido marginal, o que dificulta o processo de universalização da oferta da proteção social especial de média e alta complexidade nos municípios de pequeno porte, a maioria no país. O fato de haver duas regiões (Sul e Centro-Oeste) sem qualquer oferta estadual de Paefi/Creas, além de sete UFs (Tocantins, Rondônia, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Alagoas e Mato Grosso) – distribuídas por todas as regiões – sem serviços estaduais de acolhimento, revela a insuficiência das atuais estratégias de regionalização. Segue pendente o cumprimento da principal responsabilidade estadual no sentido de materializar a universalização da oferta dos serviços da proteção especial, de maneira a garantir a integralidade do acesso aos serviços de média e alta complexidade, como prevê a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).[17]

3.4 Heterogeneidade de arranjos e relevância da atuação estadual nas três políticas: breve comparativo

O quadro 1 traz uma síntese da análise empreendida, com destaque para a relevância dos principais atores responsáveis pela gestão (estados e municípios) ou execução dos serviços (estados, municípios e OSCs/entidades empresariais) analisados nas três políticas, no Brasil e regiões.

A heterogeneidade de arranjos de implementação de políticas é constatada tanto na saúde quanto na educação. Considerando a perspectiva da relevância da atuação estadual, constatamos que ela manifesta heterogeneidade de duas formas.

Ocorre dentro de cada política, com diferença de arranjos entre as regiões. Na educação prevalece a oferta estadual dos anos finais do ensino fundamental em três regiões (Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Na saúde, os estados se destacam na gestão das internações de MAC em duas regiões (Norte e Sul). Os estados também se destacam na execução direta desses serviços no Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

A relevância do ente estadual também diverge entre as diferentes políticas em uma mesma região. Sob um olhar agregado nacional, nota-se que os estados são coadjuvantes nas três políticas. Todavia, no Centro-Oeste aparecem como mais importantes na educação e na execução das internações. Na região Norte são mais fortes na gestão e execução das internações, com atuação significativa também na educação. No Nordeste apresentam atuação mais importante apenas na execução direta das internações, enquanto na região Sul os estados são os principais provedores das matrículas dos anos finais do ensino fundamental e na gestão das internações.

17. Instituída pela Resolução CNAS nº 145/2004.

Na assistência social a visão geral é mais no sentido da incipiência da atuação dos entes estaduais na provisão de serviços de média e alta complexidade. Nesse caso, a heterogeneidade é menor, mas ocorre em algum nível na medida em que há estados que não contam com qualquer estrutura para provisão dos serviços analisados. Esses achados apontam para a relevância dos entes estaduais não só como apoiadores e coordenadores da atuação municipal, mas também para a provisão própria de serviços. Por isso, seus interesses e necessidades devem ser considerados nas medidas de indução federal, a partir de toda e qualquer estratégia que vise reduzir desigualdades e ampliar a cobertura dos serviços de maior complexidade nas três políticas analisadas.

QUADRO 1
Síntese: principal responsável pelos serviços de educação, saúde e assistência social[1]

	Educação	Saúde		Assistência social		
	Matrículas nos anos finais do ensino fundamental	Internações hospitalares (MAC)		Atendimento Paefi/Creas[2]	Vagas de acolhimento	
		Gestão	Execução (governo/OSC)		Gestão	Execução (governo/OSC)
Brasil	Municípios (42,9%)	Municípios (58,8%)	OSCs (42,3%)	Municípios (98,2%)	Municípios (94,4%)	OSCs municipais (73,1%)
Centro-Oeste	Estados (60,8%)	Municípios (65,8%)	Estados (33,6%)	Municípios (100%)	Municípios (99,3%)	OSCs municipais (66,5%)
Norte	Municípios (48,1%)	Estados (52,8%)	Estados (44,6%)	Municípios (99,9%)	Outros[3] (57,9%)	Outros[3] (57,9%)
Nordeste	Municípios (68,7%)	Municípios (59,6%)	Estados (35,1%)	Municípios (95,5%)	Municípios (94,8%)	OSCs municipais (62,2%)
Sul	Estados (60,2%)	Estados (50,8%)	OSCs (66,2%)	Municípios (100%)	Municípios (100%)	OSCs municipais (71,3%)
Sudeste	Estados (50,0%)	Municípios (63,5%)	OSCs (50,3%)	Municípios (99,5%)	Municípios (100%)	OSCs municipais (84,4,5%)

Elaboração dos autores.
Notas: [1] Os percentuais apurados referem-se ao total de matrículas ofertadas nos anos finais do ensino fundamental (para a educação), internação hospitalar de MAC (para a saúde) e, no caso da assistência social, aos atendimentos do Paefi (na média complexidade) e às vagas de acolhimento (na alta complexidade).
[2] Apenas quatro UFs possuem Creas sob gestão estadual: Paraíba e Ceará (Nordeste), Minas Gerais (Sudeste) e Tocantins (Norte).
[3] Item relativo às unidades de acolhimento voltadas para imigrantes venezuelanos, sob responsabilidade do governo federal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura sobre federalismo discute com frequência questões relacionadas às desigualdades, com ênfase em aspectos territoriais. A própria natureza do federalismo remete à existência de mais de um governo sobre o mesmo território, o que naturalmente aponta para o papel dos níveis mais abrangentes de governo na

provisão e na coordenação de iniciativas para lidar com assimetrias decorrentes de diferenças múltiplas na Federação.

O arranjo federativo brasileiro adotado nas três políticas analisadas privilegiou um modelo de autoridade sobreposta, na forma de Wright (1988), no qual estados e municípios compartilham responsabilidades na provisão de determinados serviços. Embora tenham privilegiado a execução municipal de políticas nacionais, os sistemas descentralizados das políticas de educação, saúde e assistência social abriram espaço para a conformação de diferentes padrões de interação entre os entes federados na provisão de serviços cuja operação é mais complexa e, como tal, exigem equipamentos e recursos humanos mais custosos e um nível mínimo de demanda que justifique sua instalação.

Os arranjos resultantes desse desenho diferem não só entre as políticas, mas também entre os diferentes níveis de governo (regional/local). Os dados mostram que os estados não saíram de cena da provisão dos serviços de saúde e educação, pelo menos naqueles cuja responsabilidade é compartilhada com os municípios. Ainda que não respondam pela maior parte das ofertas analisadas em nível nacional, permanecem como responsáveis ou provedores diretos de serviços de educação e saúde em parte das regiões ou mesmo em algumas UFs, caso dos anos finais do ensino fundamental e do volume de internações hospitalares (MAC) na região Centro-Oeste. Figuram ainda como principais provedores dos anos finais do ensino fundamental nas regiões Sul e Sudeste e mais importantes na execução das internações nas regiões Norte e Nordeste. Quando considerada apenas a responsabilidade pela gestão na saúde, os estados também figuram como os principais responsáveis na região Sul (operando, no entanto, a partir de OSCs).

Na assistência social, todavia, a atuação estadual ainda é incipiente, situação que deve ser mais bem investigada para compreender essa ausência generalizada na provisão das ofertas que lhes foram incumbidas em caráter subsidiário aos municípios. Arriscamos dizer que a falta de vinculação orçamentária e de processos nacionais de indução mais atrativos aos estados explicaria pelo menos em parte essa ausência. A lacuna estadual de oferta desses serviços deixa a população de municípios menores sem cobertura e, portanto, sem garantia de acesso aos direitos socioassistenciais na sua integralidade.

Se de um lado constatamos convergências regionais, de outro observamos tendências robustas de municipalização em algumas UFs como Rio de Janeiro, Ceará e Pará, independentemente da política analisada. Nesses casos, os estados possuem oportunidade de coordenar a oferta no território de modo a garantir um padrão de qualidade, assessorando e capacitando os municípios, já que a excessiva municipalização pode significar fragmentação e desigualdade de resultados. Esse é o perfil pelo qual o estado do Ceará é amplamente reconhecido em sua vocação coordenadora e que pode ser emulado por outras UFs com arranjo semelhante.

O padrão de atuação de um estado como provedor em determinada política nem sempre se reflete nas demais políticas do seu território. A título de exemplo, estados da região Norte que figuram como ex-territórios federais (Roraima, Rondônia, Amapá e Acre) constituem os principais provedores na saúde e educação, mas, via de regra,[18] possuem baixa atuação na assistência social. Na região Sudeste, o Espírito Santo aparece como principal provedor na saúde, mas com atuação marginal na educação e assistência social. Em Minas Gerais, o estado atua fortemente na educação e é mais fraco na saúde e na assistência social. Na região Centro-Oeste, Goiás aparece bastante municipalizado na saúde e na assistência social, porém com forte atuação na educação. A única homogeneidade está na incipiência da atuação estadual na assistência social que, em alguns casos, inclusive, é absolutamente ausente.

Um achado complementar diz respeito à diferença entre gestão e execução dos serviços. Deparamos com a relevância do setor público não estatal na provisão de internações hospitalares da saúde e nos serviços de acolhimento socioassistencial. Sejam mobilizados pelo estado, sejam mobilizados pelo município, a inclusão de novos atores na execução dos serviços amplia o leque de interesses que afetam e informam a sua oferta no local e, como tal, podem influenciar na decisão estadual sobre como se inserir na provisão dos serviços. Esse é um campo que ainda deve ser mais bem explorado na dinâmica das relações intergovernamentais que envolvem a provisão de serviços sociais.

O estudo possui limitações. Apresentamos apenas um retrato da atuação dos estados, não sendo possível afirmações generalistas. A escolha por 2019 se pautou na possibilidade de um recorte recente sobre a atuação desse ente nas três políticas, antes que a pandemia da covid-19 tivesse impactado a oferta regular dos serviços. Todavia, não é possível afirmar que se trata de um padrão de atuação desse nível de governo nas políticas sociais ou que signifique tendências de trajetória. Quanto aos dados, na política de saúde analisamos o volume de internações da MAC, o que pode não ser representativo de toda a produção assistencial (ambulatorial e hospitalar) desse nível de atenção.

Essas limitações não inviabilizam nossos achados. O que constatamos neste capítulo é que a heterogeneidade aparece como regra nos arranjos institucionais de oferta dos serviços sociais sob responsabilidade comum de estados e municípios, no qual a atuação estadual assume maior ou menor relevância, dependendo da política ou da localidade, sendo mais comum nas políticas de saúde e educação. Quais os determinantes desses arranjos diferenciados ou se isso resulta ou não em maior ou menor desigualdade de acesso aos direitos sociais são questões que permanecem em aberto. Nossos resultados sugerem que a trajetória de estruturação da política em cada UF tem deixado legados que influenciam fortemente a opção

18. Com exceção de Roraima, onde a atuação estadual é superior à federal.

por um ou outro perfil de compartilhamento de responsabilidades entre o ente estadual e respectivos municípios.

Compreender o protagonismo de determinados entes estaduais na provisão de determinadas políticas pode fornecer pistas importantes para o aperfeiçoamento dos sistemas das políticas analisadas, os quais parecem ter encontrado limites na sua expansão pela via da municipalização. Informações sobre dados demográficos, históricos e fiscais, inclusive na perspectiva de estudos de caso, também contribuem para se repensar as formas de ampliar o envolvimento estadual na gestão das políticas sociais brasileiras.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **BIB**: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, n. 51, p. 13-34, 2001.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

_____. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. 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: FGV; Fiocruz, 2012.

BEDNAR, J. Federalism as a public good. **Constitutional Political Economy**, v. 16, p. 189-205, 2005.

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

BORGES, A.; ALBALA, A.; BURTNIK, L. Pathways to nationalization in multilevel presidential systems: accounting for party strategies in Brazil and Argentina. **Publius**: The Journal of Federalism, v. 47, n. 4, p. 648-672, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/publius/pjx024>.

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

ELAZAR, D. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: University o f Alabama Press, 1987.

FALLETI, T. G. A sequential theory of decentralization: Latin American cases in comparative perspective. **American Political Science Review**, Washington, v. 99, n. 3, p. 327-346, 2005.

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

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

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

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. p. 113-148.

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. p. 215-250.

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

LICIO, E. *et al*. Governos estaduais na execução das políticas sociais: saindo de cena? **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 30, 2021b.

LICIO, E. *et al*. **Reordenamento dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes e implementação de novas modalidades**: família acolhedora e repúblicas (2010-2018). Brasília: Ipea, 2021c. (Relatório Institucional).

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. p. 387-412.

LIMA, L. D. *et al*. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 17, p. 107-119, out. 2017. Suplemento 1.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. de 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.

MENDES, C. **Padrões regionais da despesa pública no Brasil**. Brasília: Ipea, maio 2015. (Texto para Discussão, n. 2089).

OATES, W. E. An essay on fiscal federalism. **Journal of Economic Literature**, v. 37, n. 3, p. 1120-1149, 1999.

PIERSON, P. Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy. **Governance**, v. 8, n. 4, p. 449-478, 1995.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

REZENDE, F. (Org.). **O federalismo brasileiro em seu labirinto**. Rio de Janeiro: FGV, 2013. 312 p.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SILVA, E. R. A. (Org). **O direito à convivência familiar e comunitária**: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: Ipea/Conanda, 2004.

SOUZA, C. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. **BIB**: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, v. 65, p. 27-48, 2008.

TREISMAN, D. **The architecture of government**: rethinking political decentralization. Cambridge: Cambridge University Press, Oct. 2007.

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

WRIGHT, D. S. **Undestanding intergovernmental relations**. 3rd ed. California: Brooks Cole Publishing, 1988.

_____. Models of national, state and local relationships. *In*: O'TOOLE JUNIOR, L. J.; CHRISTENSEN, R. K. (Ed.). **American intergovernmental relations**: foundations, perspectives and issues. Washington: Sage Publications, 2013. p. 47-61.